

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***Scoping Review: Vídeos de profissionais de saúde
publicados online sobre a aquisição do controlo dos
esfíncteres dirigidos a pais de crianças***

Rita Isabel Cantarrilha de Figueiredo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Psicologia Clínica e da Saúde / Psicologia da Saúde e da Doença

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***Scoping Review: Vídeos de profissionais de saúde
publicados online sobre a aquisição do controlo dos
esfíncteres dirigidos a pais de crianças***

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

Rita Isabel Cantarrilha de Figueiredo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Psicologia Clínica e da Saúde / Psicologia da Saúde e da Doença

2017

Resumo

A aquisição do controlo dos esfíncteres tem apresentado mudanças importantes nas últimas décadas. Os problemas no treino e nas funções de eliminação podem estar relacionados, por isso pais e profissionais de saúde são determinantes para o sucesso deste processo. Hoje os pais pesquisam na Internet sobre informação médica e sobre a parentalidade. Esta *scoping review* teve como objetivo identificar os vídeos de profissionais publicados online, em Português e Inglês, sobre esta tarefa de desenvolvimento e os conhecimentos e sugestões comportamentais dirigidos a pais de crianças saudáveis em idade pré-escolar. Os 63 vídeos encontrados incluídos têm recomendações de pediatras, outros médicos, psicólogos, homeopatas e enfermeiros. A maioria dos vídeos analisados sugere um método centrado na criança, considerando a sua prontidão e num ambiente agradável e encorajador. O treino prematuro e as práticas parentais coercivas são desaconselhadas, sob risco de consequências físicas e emocionais negativas, com impacto no desenvolvimento psicossocial da criança. Métodos centrados nos pais e de início muito precoce são mencionados nos vídeos, denotando o interesse dos pais ocidentais em diferentes estratégias de treino. Conclui-se que as indicações dos vídeos online refletem a diversidade das características desta aprendizagem individual. Num tempo de globalização os pais são expostos a informações de várias fontes, que se contradizem ou conflituam, potenciando dúvidas e dificuldades nesta tarefa. Os profissionais de saúde devem refletir num método eficiente para as famílias e sociedades.

Palavras-passe: vídeos online; *scoping review*; parentalidade; aquisição de controlo dos esfíncteres

Abstract

Toilet training has noticed important changes in the last decades. Problems in training and dysfunctional eliminations may be related, therefore parents and health professionals are crucial to the success of the process. Parents today frequently search the Internet for parental and medical information. This scoping review aimed to identify online videos in Portuguese and in English by professionals about toilet training as well as the information and behavioral suggestions given to parents of healthy preschoolers. The 63 videos included in this review have recommendations of pediatricians, other physicians, psychologists, homeopaths and nurses. Most of the analyzed videos suggests a child-oriented method, according to one's own readiness, in a pleasant and encouraging environment. Early training and coercive parental practices are dissuaded due to the risk of negative physical and emotional consequences, impacting the child's psychosocial development. Parent-centered and early toilet training methods are present in some videos, demonstrating the interest of western parents in different training strategies. The instructions present in the analyzed videos reflect the wide diversity of this individual learning's characteristics. In a time of globalization, parents are exposed to many sources of contradictory and conflicting information, contributing to difficulties and doubts in this endeavor. Health professionals should reflect on an efficient method for families and societies.

Keywords: scoping review; online videos; toilet training; parenting

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Introdução	1
Metodologia	5
Procedimento	5
Critérios de inclusão e exclusão	7
Processo de seleção dos vídeos para análise.....	10
Análise de conteúdo.....	11
Resultados	12
Autoridade da informação	12
Atualidade da informação	13
Precisão da informação	13
Duração dos vídeos	14
Métodos sugeridos	14
Idade e sinais de prontidão	14
Duração do treino	16
Estratégias de ensino.....	16
Antecipação de dificuldades e problemas.....	18
Discussão	18
Quando começar o treino?	19
O treino é conduzido por quem e em que contextos?	25
Quando está concluído o treino?.....	25

Que problemas podem surgir?	26
Limitações.....	27
Conclusão	28
Referências Bibliográficas	31
Anexos	39

Índice de Tabelas

Tabela 1. Termos de pesquisa utilizados, número de resultados obtidos nos dois motores de busca e os vídeos selecionados para elegibilidade.....	6
Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão aplicados aos resultados obtidos.	8
Tabela 3. Vídeos analisados distribuídos por idiomas e pela especialidade dos profissionais de saúde.....	12

Anexos

Anexo 1. Vídeos selecionados para análise qualitativa	39
Anexo 2. Número de visualizações e duração dos vídeos analisados.....	45

Introdução

A aquisição do controlo dos esfíncteres (ACE) constitui uma importante etapa do desenvolvimento de todas as pessoas. Em crianças com desenvolvimento dentro dos critérios normativos, é significativa a variabilidade deste intrincado processo de aprendizagem social. A idade da criança para o início do treino, os sinais de prontidão fisiológica e desenvolvimentista para essa aprendizagem, a participação requerida da parte da criança no processo, o método usado e o envolvimento dos pais, as suas crenças e influências familiares, culturais e sociais, são fatores que influenciam as decisões a tomar e os comportamentos adotados pelos pais, com vista à autonomia da criança nas funções de eliminação (Azrin & Foxx, 1974; W. Bakker, Wyndaele, & van Sprundel, 2002; Brazelton et al., 1999; Van Nunen, Kaerts, Wyndaele, Vermandel, & Hal, 2015). Esta aprendizagem pode decorrer *facilmente* ou pode gerar ansiedade e frustração na família se o treino for demorado ou problemático (Barros, 2004; Lang & Thomson, 2008). Esta tarefa do desenvolvimento é um marco de uma transição no ciclo de vida, na qual os pais se esforçam por equilibrar a gradual independência e maturação biológica e fisiológica do *bebé*, com a pouca autonomia que a *criança* tem para controlar o seu próprio comportamento, pelas suas limitações cognitivas e sociocognitivas. Por isso, o contexto cultural e educacional em que ocorre esta aprendizagem do comportamento social desejável é um determinante importante no sucesso ou insucesso do processo (Barros, 2004; Schum et al., 2001), a par da aquisição de outras competências de autonomização da criança pré-escolar.

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento na idade em que as crianças, em particular de países desenvolvidos, adquirem o controlo dos esfíncteres (E. Bakker & Wyndaele, 2000). Entre as décadas de 50 e 90 mais de 97% das crianças já teriam adquirido o controlo aos 36 meses, enquanto mais recentemente apenas 40 a 60% das crianças a atingiram (Blum, Taubman, & Nemeth, 2004). De facto, existe uma correlação positiva entre condições sociais e económicas e treinos com início mais tardio (Horn, Brenner, Rao, & Cheng, 2006). A introdução de fraldas descartáveis e campanhas de informação na imprensa são apontadas como causas prováveis nesta mudança em relação à idade considerada normativa para o treino dos esfíncteres (E. Bakker & Wyndaele, 2000; Brazelton et al., 1999), com um forte impacto no ambiente e no orçamento das famílias (Van Nunen et al., 2015).

Vários estudos têm reportado associações entre determinadas condições do treino - a idade de início do treino ou o método utilizado -, e problemas como recusa do bacio, a criança esconder-se para evacuar, obstipação frequente (Blum et al., 2004), ou disfunções do trato urinário inferior (W. Bakker et al., 2002). Outros autores salientam que mais relevante que o método, é a influência de fatores físicos e psicológicos ou o momento em que se inicia o treino

(Colaco, Johnson, Schneider, & Barone, 2013; Schum et al., 2001). Existem vários métodos reportados na literatura sobre o tema. Um método orientado para a criança (OC), um treino gradual e ao seu próprio ritmo, num ambiente positivo e encorajador à sua participação (Brazelton, 1962), e outro mais estruturado e intensivo, orientado sobretudo pelos pais (OP) (Foxy & Azrin, 1973). O primeiro é aquele que mais se assemelha ao método que a Academia Americana de Pediatria propõe e também o mais recomendado por médicos de família (Choby & George, 2008; Colaco et al., 2013). Aconselham os pais a esperar que a criança apresente sinais de prontidão para iniciar o treino (American Academy of Pediatrics, 1999a). Aliás, a valorização da prontidão fisiológica e psicológica da criança como indicadores da fase apropriada para o treino são partilhados por vários métodos (Kiddoo, 2012). Esta prontidão é determinada por um conjunto alargado de aquisições esperadas no desenvolvimento da criança desta faixa etária, como a marcha ou o início do controlo voluntário dos músculos pélvicos, intervalos prolongados entre a emissão espontânea de urina, ser capaz de seguir instruções simples ou mostrar interesse em cooperar no processo (Barros, 2004; Lang & Thomson, 2008; Vermandel, Kampen, Gorp, & Wyndaele, 2008).

Têm sido reportados outros métodos, menos determinados pela maturação neuroanatômica e mais centrados e controlados pelos pais. É mais comum na Ásia, na América Central e do Sul ou em África e tem início nas primeiras semanas de vida (Wu, 2013). Os pais aprendem a reconhecer os sinais manifestos de vontade de eliminar nos bebés e colocam-nos numa posição e local apropriados à evacuação (de Vries & de Vries, 1977; Vermandel, Kampen, et al., 2008). Segundo este método é expectável que a criança complete o treino no primeiro ano de vida, sendo capaz de avisar os pais da vontade de eliminar (Wu, 2013). Recentemente verificou-se um maior interesse no Ocidente por este tipo de treino dos esfíncteres em bebés, conhecido como "*elimination communication*" ou "*natural infant hygiene*", mas estes métodos não têm estudos ou evidências científicas que suportem a sua eficácia (Klassen et al., 2006).

Esta diversidade de aproximações a esta tarefa desenvolvimentista torna evidente que as crenças e decisões parentais são determinantes para o processo de ACE (Horn et al., 2006). Note-se que os pais mostram especial interesse em saber qual o método de treino da ACE que seja mais fácil e rápido, e que não tenha consequências adversas para a criança (Klassen et al., 2006).

A falta de consensos e indicações práticas universais, baseadas em evidência, que são transmitidas entre profissionais e pais, tem sido exaustivamente apontada (W. Bakker et al., 2002; Brazelton et al., 1999; Christophersen & VanScoyoc, 2008; Greer et al., 2013; Wu,

2013). Apesar de médicos de família e pediatras carecerem de uniformidade na escolha de um *melhor* método e na definição de uma *melhor* “janela de oportunidade”, os pais continuam a pedir conselhos a estes profissionais (Brazelton et al., 1999; Kiddoo, 2012; Lang & Thomson, 2008). Este tema é, no entanto, dos menos discutidos pelos pais com os pediatras, sobretudo entre os 10 e os 18 meses, mas também entre os 19 e os 35 meses (Olson et al., 2004). Além disso, muitos dos pais que não abordam este assunto com o pediatra consideram que este não os teria ajudado (Olson et al., 2004). Contudo, os pais confessam ter incertezas acerca de quando a criança está pronta para iniciar o treino e como devem proceder (Blum et al., 2004; Kaerts, Van Hal, Vermandel, & Wyndaele, 2012).

Esta tarefa oferece desafios específicos às famílias e aos agentes educacionais da criança, pelas consequências práticas desagradáveis próprias do processo de aprendizagem do controlo da urina e das fezes, que exigem dos pais e dos educadores um extraordinário controlo emocional e comportamental (Barros, 2004). Existem pais que, perante dificuldades ou retrocessos no controlo dos esfíncteres, podem ensaiar metodologias educacionais adaptativas e sensíveis ao desenvolvimento da criança, ou podem avaliar-se com baixa autoeficácia parental (Barros, 2004). Podem recorrer a estratégias agressivas, com violência psicológica e até abusos físicos (Campbell, 2013), que podem influenciar futuros problemas de eliminação (Bakker, van Gool, & Wyndaele, 2001) ou com efeitos emocionais na criança, por poder não ser bem aceite ou por ser humilhada pelos pares (Christophersen, 2003).

Os atuais pais de crianças em idade pré-escolar são indivíduos nascidos na era tecnológica e com um acesso facilitado à Internet, pelo menos em países desenvolvidos. De facto, a Internet veio transformar a acessibilidade a informações médicas e a forma como as pessoas vivem a sua saúde e comunicam com os profissionais de saúde (Eysenbach & Kohler, 2003; Farkas et al., 2015; van der Gugten, de Leeuw, Verheij, van der Ent, & Kars, 2016). Estudos sobre os pais que pesquisam online conteúdos referentes à parentalidade ou à saúde dos filhos revelam que o perfil de quem mais utiliza este recurso consiste na mulher branca, de classe média, jovem (inferior a 35 anos), mãe pela primeira vez, e que considera que a informação das suas mães ou dos mais velhos está desatualizada (Plantin & Daneback, 2009; Rothbaum, Martland, & Janssen, 2008). As mães são as que mostram maior envolvimento em atividades online, possivelmente pela frequência de temas como a gravidez ou cuidados com o bebé, e têm maior interesse em adquirir conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e questões sobre a saúde e a educação dos seus filhos (Suarez, Rodrigo, & Muneton, 2016). São as mães que continuam a ter um papel privilegiado no cuidado dos filhos pequenos, maioritariamente em assuntos relacionados com rotinas básicas e higiene (Porter & Ispa, 2013;

Suarez et al., 2016). Os pais tendem a recorrer à Internet para apoio à parentalidade, procurando-o em profissionais e nos pares, sobretudo em períodos de transição no ciclo de vida, porque lhe atribuem vantagens como a gratuidade, o acesso fácil ou o anonimato, e porque a recolha de informação apropriada para as suas dúvidas contribui para o bem-estar emocional, a confiança e a eficácia dos pais (Nieuwboer, Fukkink, & Hermanns, 2013; van der Gugten et al., 2016; Walsh, Hamilton, White, & Hyde, 2015). Este meio permite virtualmente atenuar as desigualdades no acesso a cuidados de saúde, embora se verifiquem influências do nível de educação na satisfação com as pesquisas online (Plantin & Daneback, 2009). Os pais com mais anos de educação formal preferem avaliar a informação baseada no conhecimento, enquanto pais com menos anos de educação analisam os conteúdos de um ponto de vista mais pragmático (Rothbaum et al., 2008; Suarez et al., 2016). Pressupõe-se que os vídeos ofereçam uma oportunidade de recolher informação de uma forma rápida, lúdica e com menor esforço exigido, já que dispensa a leitura de textos. Neste sentido, os vídeos podem ser recursos ao alcance de pessoas de diferentes níveis de educação.

Na Internet podem encontrar-se vídeos sobre este tema provenientes de diversas fontes. Existem websites dedicados à parentalidade com participação de profissionais (como a plataforma *BabyCenter*, que veicula informações úteis ao pais sobre o desenvolvimento e a saúde da criança e temas da parentalidade, traduzida em nove idiomas), que permitem aos pais adquirir conhecimentos sobre diversos temas, ter suporte social de profissionais e de pares, e também comprar produtos (Bernhardt & Felter, 2004). Organizações profissionais, como a *American Academy of Pediatrics*, também publicam vídeos educacionais que auxiliam os pais em várias matérias da saúde infantil. Paralelamente, existem muitos pais que por iniciativa própria, em fóruns ou *vlogs*, documentam as suas experiências e partilham conhecimentos e práticas educativas reais (Porter & Ispa, 2013).

Sabendo que este é um recurso muito usado e que pode influenciar as crenças e comportamentos dos pais nas suas tarefas educativas, este estudo tem o propósito de identificar os aspetos teóricos e práticos que são transmitidos aos pais para que sejam eficientes na sua tarefa de facilitadores da aprendizagem do controlo dos esfíncteres e da autonomia da criança na sua higiene. Coloca-se então a questão: o que é que os pais de crianças em idade pré-escolar e com um desenvolvimento normativo, podem aprender sobre a ACE, através de vídeos de profissionais de saúde online? Que conhecimentos e sugestões comportamentais são veiculados por este meio de comunicação, que visam orientar os pais para este processo de aprendizagem? Neste contexto, o presente estudo foi organizado com os seguintes objetivos: 1) identificar vídeos de profissionais de saúde publicados online sobre a ACE, em língua Portuguesa, de

Portugal e do Brasil, e em língua inglesa; 2) analisar os conhecimentos, crenças e sugestões comportamentais a que os pais de crianças em idade pré-escolar podem ter acesso na Internet, considerando a tarefa de desenvolvimento normativo do processo de aprendizagem do controlo dos esfíncteres.

A Internet oferece vários motores de busca para aceder a vídeos, no entanto, não há conhecimento de que tenham sido avaliados. Pela natureza exploratória desta investigação, optou-se pela condução de uma *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005). Esta metodologia tem sido crescentemente utilizada em campos científicos distintos, e vários autores têm-se esforçado por desenvolver linhas orientadoras à sua utilização (Colquhoun et al., 2014; Peters et al., 2015). Uma *scoping review* pode definir-se como uma forma de síntese de conhecimento que aborda uma questão de investigação exploratória, com o objetivo de mapear conceitos-chave, tipos de evidência e lacunas na investigação, em relação a uma determinada área ou campo, através da pesquisa sistemática, seleção e síntese do conhecimento existente (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010).

Metodologia

Procedimento

A pesquisa foi conduzida em dois motores de busca online: Google Search (Google Vídeos, através do endereço www.google.pt) e YouTube (www.youtube.com/?gl=PT&hl=pt-PT), acedidos através do navegador de Internet Google Chrome no mês de agosto de 2017. Existem outros motores de busca para vídeos, mas tendencialmente os utilizadores mostram preferência por estas vias (análises de *market share* revelam que em julho de 2017 o Google foi utilizado por mais de 80% dos utilizadores e nenhum dos outros motores de busca ia além de 7% de utilização¹). Aliás, manifesta-se inclusivamente na linguagem utilizada pelos utilizadores para fazer referência ao ato de pesquisa como “*googling*” (van der Gugten et al., 2016). Apesar da redundância nos resultados entre os motores de busca, que se deve à integração do YouTube nos produtos da Google, podem existir vídeos com alojamento diferente do YouTube e com relevância para o estudo.

Importa realçar que existem *a priori* constrangimentos aos resultados na condução da pesquisa. Estes devem-se a parâmetros criados automaticamente pela plataforma de pesquisa, destacando-se a configuração invariável do parâmetro de localização geográfica. Sendo uma

¹ Retirado em 17/08/2017 dos endereços:

<http://www.netmarketshare.com/search-engine-market-share.aspx?qprid=4&qpcustomd=0>
<https://www.statista.com/statistics/216573/worldwide-market-share-of-search-engines/>

variável fixa, faz com que os resultados apresentados sejam os disponíveis na área geográfica onde se conduz a pesquisa. Assim, independentemente do idioma dos termos de pesquisa, os resultados são aqueles que corresponderiam a pesquisas conduzidas por pais portugueses. Podemos esperar que os pais com mais anos de educação têm mais probabilidade de realizar pesquisas em Inglês, mesmo quando não é essa a sua língua materna. Com a inclusão de descritores ingleses é possível aceder a maior diversidade de vídeos, potenciando a abrangência da análise.

Os termos de pesquisa selecionados (Tabela 1) correspondem a expressões encontradas na literatura e usadas pela população geral, para fazer referência à aprendizagem ou ao treino do controlo dos esfíncteres, em Português (de Portugal e do Brasil) e em Inglês (Mota, Barros, Matijasevich, & Santos, 2010). Estas expressões *técnicas* não se incluem no conjunto das expressões que as pessoas utilizam geralmente na sua comunicação oral sobre este assunto. Em Portugal e no Brasil habitualmente fala-se em “tirar a(s) fralda(s)”, sendo que no Brasil existe a expressão “desfralde(ar)” para representar o processo de ACE. Em Portugal também se faz referência a “treino do bacio” (Pereira et al., 2015) e a “treino ao toalete” no Brasil (Neves & Calais, 2012), com semelhança às descrições inglesas “*potty training*” (W. Bakker et al., 2002) ou “*toilet training*” (Brazelton et al., 1999; Kiddoo, 2012) – designação utilizada na literatura em Inglês, que pode ser traduzido por treino da *sanita*. A decisão de associar estes termos aos descritores “pediatria” ou “*pediatrics*” assenta no facto de a adição deste *filtro* na pesquisa permitir captar eficazmente resultados que respondam à questão de investigação. Incluíram-se descritores como “dr”, “doutor” e “*doctor*” de modo a alargar a possíveis resultados de profissionais de saúde de outras especialidades de saúde.

Tabela 1. Termos de pesquisa utilizados, número de resultados obtidos nos dois motores de busca e os vídeos selecionados para elegibilidade.

Termos de pesquisa	Resultados obtidos		
	Google	YouTube	Vídeos elegíveis
<u><i>Termos em Português Portugal</i></u>			
Tirar a fralda AND pediatria	5.800 (0,35 s)	2.090	23
Treino do bacio	8.540 (0,30 s)	739	10
Tirar as fraldas AND dr	14.600 (0,25 s)	4.390	13
<u><i>Termos em Português Brasil</i></u>			
Desfrald* AND pediatria	2.790 (0,31 s)	1.580	29
Desfrald* AND doutor (OR dr)	1.950 (0,41 s)	274	24 (24)
Treino do control* dos esfíncteres	2.230 (0,56 s)	258	12
<u><i>Termos em Inglês</i></u>			

Toilet training AND dr (OR doctor)	2.830.000 (0,31 s)	2.460.000	11 (15)
Toilet training AND pediatrics	16.300 (0,47 s)	1.750	19
Potty training AND pediatrics	13.100 (0,40 s)	1.780	23
Potty training AND dr (OR doctor)	206.000 (0,27 s)	190.000	30 (14)

Para a condução de uma pesquisa *limpa* seguiram-se sistematicamente vários passos. Limpar o histórico de navegação, o histórico de transferências, as imagens e ficheiros em cache e os cookies e outros dados de sites nas definições do browser Google Chrome². De seguida, abrir uma nova janela sem registo (em modo de navegação anónima, que permite navegar na Internet sem que o browser guarde um registo dos sites que foram visitados ou dos ficheiros transferidos) e sem *login* efetuado. Percorrer os resultados, através do Google Search, escolhendo o separador “Vídeos”, e do YouTube. A cada pesquisa realizada fechar todas as janelas do browser. Antes de abrir uma nova janela sem registo voltar a limpar os dados de navegação acima enumerados. Note-se que para aceder aos resultados do YouTube esta designação deve ser escrita na barra de pesquisa do browser e ser selecionado o primeiro resultado, que permite aceder ao seu motor de busca próprio, ou digitar o endereço com o domínio “.pt”, “.br” ou “.com”.

Num estudo que analisou vídeos online os autores escolheram os primeiros 50 resultados em cada pesquisa (Farkas et al., 2015), mesmo sabendo que os utilizadores raramente ultrapassam os 20 resultados (Wang et al., 2012). Estudos que visam a otimização da pesquisa online indicam que o tráfego (os cliques que recebe cada entrada de resultado) é de 27% para o primeiro resultado, mas cai para 11.3% e 5.4% no 2º e no 3º, respetivamente. Diminui progressivamente até um tráfego quase nulo no 15º resultado (ChitikaInc., 2013). Neste sentido, recolheram-se os primeiros 20 resultados do Google Search e os 50 primeiros resultados do YouTube para cada descritor. Esta diferença quantitativa deve-se à elevada repetição de resultados entre ambos os motores de busca, uma vez que a maioria dos vídeos estão alojados no YouTube.

Crítérios de inclusão e exclusão

Para a seleção e análise dos resultados de pesquisa foi utilizado um modelo de avaliação de websites (Myhre, 2012), desenhado com o objetivo de auxiliar estudantes a escolher adequadamente os websites que utilizam em pesquisas para trabalhos académicos,

² Explicações detalhadas sobre “Limpar os dados de navegação” disponibilizadas pela Google em https://support.google.com/chrome/answer/2392709?hl=pt&ref_topic=7438325

propondo uma lista de perguntas a colocar à informação. As questões permitem uma avaliação qualitativa dos dados disponíveis. Para este estudo as perguntas do modelo foram adaptadas a vídeos e aos objetivos do estudo, como fizeram outros autores (Farkas et al., 2015) para um estudo com vídeos sobre dor pediátrica em procedimento com agulhas. O Teste CRAAP, ou ARAPP num acrónimo equivalente na língua Portuguesa, avalia cinco fatores, através de perguntas de resposta dicotómica (Tabela 2). São eles: Atualidade, ou a intemporalidade da informação; Relevância, ou seja, a profundidade e extensão da informação e a audiência a que é dirigida; Autoridade, que se refere à identificação e qualificação do autor; Precisão, isto é, fiabilidade e correção na apresentação do conteúdo; e Propósito, definindo o motivo pelo qual foi realizado o vídeo e possíveis enviesamentos da informação (Myhre, 2012).

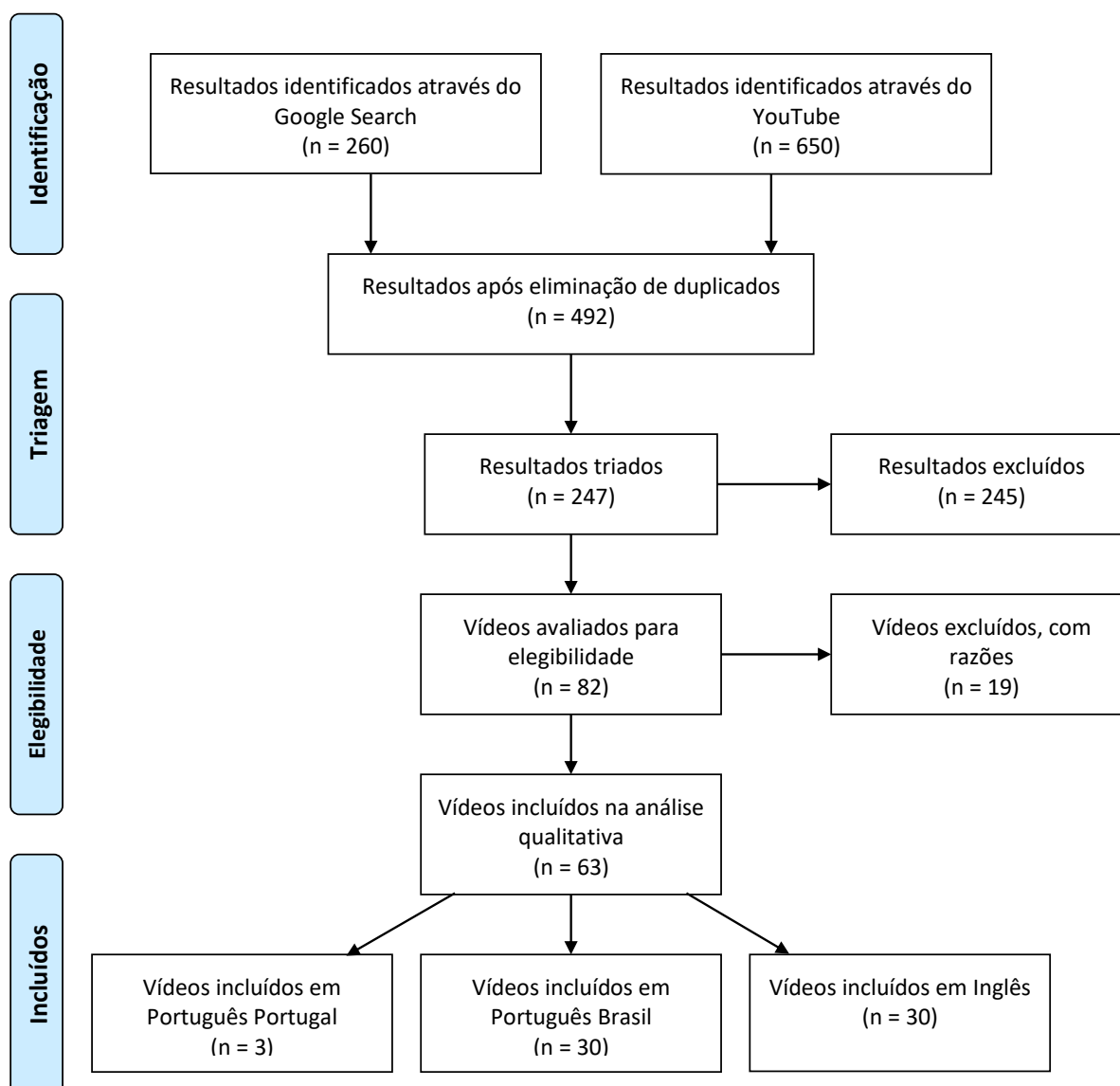
Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão aplicados aos resultados obtidos.

Inclusão (resposta positiva às questões)	Exclusão (em caso de resposta negativa, seguir estes critérios)
<u>Autoridade</u> – Autor qualificado, credenciado para o tema? (e.g. médicos, psicólogos, enfermeiros, participantes em vídeos publicados a título individual, organizacional, ou meio de comunicação social)	1. Vídeos de Pais - amadores ou inseridos em canais/ plataformas de comunicação (e.g. testemunhos reais, <i>vlogs</i> , propaganda)
<u>Precisão</u> – A informação é suportada em evidência ou verificável? A linguagem parece imparcial, livre de emoções?	2. Vídeos com indicações de fontes ambíguas quanto à credenciação e fiabilidade da informação (e.g. profissionais que não da área da medicina/saúde, canais sobre temas da parentalidade, sites/canais instrutivos com prefixo “How...”)
<u>Relevância</u> – Responde à questão de investigação?	3. Vídeos com referência a um desenvolvimento não normativo (e.g. autismo, atraso de desenvolvimento)
<u>Propósito</u> – Para ensinar e informar os pais sobre ACE, de forma imparcial e objetiva?	4. Vídeos com outros temas para além do controlo de esfíncteres (e.g. tirar a chucha, remover nódoas da roupa) ou vídeos que pretendam entreter
<u>Relevância</u> – A audiência são os pais de crianças?	5. Referência a conteúdos dirigidos a crianças (e.g. desenhos animados, músicas, jogos, brinquedos, aplicações)
<u>Relevância</u> – Relaciona-se com o tema ou responde à questão?	6. Vídeos orientados para o treino dos esfíncteres de animais de estimação
<u>Atualidade</u> – O link é funcional?	7. Vídeos em <i>playlist</i> ou <i>links</i> que não remetam para um vídeo

A Relevância, a Autoridade, a Precisão e o Propósito foram fatores preponderantes na abordagem aos vídeos, que foram examinados através da informação acessível em cada resultado pelo título, autor e pela descrição do vídeo (Tabela 2). Isto permitiu a identificação dos vídeos que satisfaziam os critérios de inclusão e exclusão e uma maior eficiência na

codificação dos vídeos. Os critérios foram contemplados em conjunto pela interseção de características que apresentam. A Relevância é atendida visando a resposta à questão de investigação, que tem o objetivo de identificar vídeos dirigidos aos pais de crianças saudáveis. Apesar dos vídeos não especificarem uma audiência pretendida, esta podia ser inferida pela apresentação e conteúdo. Excluíram-se vídeos com referência a crianças com um desenvolvimento não normativo (e.g. autismo, PHDA, atraso de desenvolvimento), a conteúdos dirigidos a crianças (e.g. desenhos animados, músicas, jogos, brinquedos), e vídeos orientados para o treino de animais. O critério Autoridade é avaliado por indicações expressas de que a informação é veiculada por um profissional de saúde (e.g. como “Dr.”, “Pediatra”, “Psicólogo”), seja em nome próprio, ou através de uma organização de profissionais (e.g. identificação de autoria com “Medical”, “University” ou “Psicologia”), ou meio de comunicação social (e.g. “TV”). A inclusão deste último deve-se ao facto de vários profissionais de saúde poderem participar em programas de televisão com o propósito de educar pais e cuidadores em inúmeros temas da parentalidade. Excluíram-se, portanto, vídeos publicados por pais (e.g. testemunhos reais, *vlogs*, propaganda), ou por não-profissionais de saúde, como vídeos de fontes ambíguas quanto à credenciação e fiabilidade da informação (e.g. profissionais que não da área da medicina/saúde, canais sobre temas da parentalidade, sites/canais instrutivos com prefixos como “How...”). A Precisão foi incluída para determinar o grau de correção na linguagem, imparcialidade e objetividade transmitidos na informação disponível, contribuindo com pistas quanto à evidência da informação. O Propósito é inferido pela finalidade expressa de informar, educar os pais para o treino do controlo dos esfíncteres, pelo que foram excluídos vídeos com interesses publicitários ou com referências a outros temas que excedem o tema e o propósito do estudo. O critério Atualidade foi considerado positivo em todos os resultados, pois o YouTube existe apenas desde 2005 podendo ser considerados como atualizados. Note-se que “a funcionalidade do link” (Myhre, 2012) foi considerada neste estudo para distinguir entre vídeos alojados no YouTube de outros websites que podem conter vídeos com profissionais de saúde. A análise do *link* disponível permitiu avaliar a autoridade desses resultados para a sua inclusão no estudo, pela apresentação da fonte. Foi definido que se excluía resultados cujos links remetessem para listas de reprodução ou websites sem vídeos.

Processo de seleção dos vídeos para análise



No total foram identificados para triagem 910 vídeos. Prosseguiu-se à construção de uma base de dados com todos os vídeos e foram eliminadas as repetições nos resultados, atingindo-se um total de 492 vídeos que foram analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. A maior parte dos vídeos foi excluída devido ao facto de serem publicados por mães e pais, com relatos de testemunhos reais, ou não-profissionais de saúde. Excluíram-se frequentemente vídeos dirigidos a pais de crianças com problemas de desenvolvimento ou doenças crónicas – a maioria era relativa ao autismo, mas também à síndrome de Down, à PHDA, ou a perturbações de eliminação já instaladas. Outro motivo de exclusão, sobretudo em pesquisas em língua inglesa, foi relativamente a vídeos de desenhos animados, músicas, histórias e jogos dirigidos a crianças. Outros vídeos apresentavam outros temas nos vídeos, desde temas da parentalidade, como a retirada da chucha ou do biberão, a

assuntos relacionados com os cuidados ao bebé e das roupas, até a temas relacionados com a incontinência urinária, cirurgia reparadora dos esfíncteres, ou halterofilismo. Estes resultados surgiram principalmente quando na pesquisa se introduziu o descritor “treino”. Alguns resultados, em especial nas pesquisas com descritores em Inglês, foram excluídos por se referirem ao treino dos esfíncteres em animais domésticos. Ainda foram encontrados *links* que remetiam para *playlists* de vídeos ou para *websites* que não continham um vídeo.

Os vídeos foram documentados na codificação de acordo com os mesmos critérios. Esta codificação adicional dos vídeos foi realizada através da revisão da informação presente no vídeo, no título do vídeo, ou noutros dados associados. Quando não era clara a categoria a que pertenciam era inferido pelo estilo da informação apresentada. A Atualidade, pela data da publicação do vídeo, a Autoridade, pela identificação da pessoa ou instituição que postou o vídeo na Internet, a Relevância, a Precisão na linguagem e o Propósito, pelo título e descrição do vídeo. Uma análise mais detalhada quanto à Precisão é considerada na análise de conteúdo. Depois da avaliação de elegibilidade efetuada, foram selecionados 82 vídeos para uma análise mais detalhada do conteúdo. Sempre que um resultado afinal se verificava não corresponder aos critérios de inclusão no estudo esse vídeo era excluído. Os vídeos rejeitados nesta fase revelaram-se irrelevantes para os objetivos do estudo, pelo facto de conterem informação veiculada por profissionais ligados à educação ou por pais, ou quando o propósito final do vídeo se revelou não ser o de informar os pais de crianças em idade pré-escolar, ou por conter testemunhos reais, o que fazia com que a informação apresentada não fosse generalizável, ou ainda porque os vídeos enfatizavam os problemas possíveis no contexto da ACE, mas sem apresentar sugestões úteis à compreensão do processo. Para a análise de conteúdo final foram selecionados 63 vídeos. Outros descritores, como a duração dos vídeos ou o número de visualizações, foram registados para reunir informação geral sobre os vídeos. A duração foi convertida em segundos para facilitar a análise.

Análise de conteúdo

A análise de conteúdo dos vídeos visou recolher conhecimentos, crenças e sugestões comportamentais a que os pais de crianças em idade pré-escolar podem ter acesso na Internet, considerando a tarefa de desenvolvimento normativo do processo de aprendizagem do controlo dos esfíncteres. Neste sentido, a análise foi organizada em categorias de assuntos que se entendem pela literatura como importantes para os pais. As categorias foram sendo recolhidas durante a consulta da literatura, que se executou para compreender o tema em estudo e situar o problema e os objetivos da investigação. Assim, o objetivo é encontrar nos vídeos informação

relativa a: orientações meta-metodológicas para a atuação dos pais e da criança no processo, ou seja a *filosofia* subjacente ao treino do controlo dos esfíncteres; referências etárias para o início do treino ou indicações no sentido de verificar os sinais de prontidão que a criança apresenta e que sinais podem os pais identificar; quem é responsável por ajudar a criança na ACE e onde é conduzido o processo de aprendizagem; práticas comportamentais a levar a cabo durante o treino, incluindo que equipamento utilizar e como proceder com a criança; problemas possíveis de ocorrer durante a aprendizagem e em que medida podem os cuidadores da criança agir no sentido de um treino bem-sucedido; e finalmente, quanto à duração do treino ou indicadores de que a criança o completou.

Resultados

Autoridade da informação

Foram selecionados 63 vídeos, dos quais três são em Português de Portugal (dois de pediatras e um de uma psicóloga) e 30 em Português do Brasil, sendo que destes a maioria (n=21) têm a intervenção de pediatras (70%), seguido de 20% (n=6) dos vídeos com psicólogos, dois vídeos de uma médica homeopata (7%), e um é de uma médica e jornalista (3%). Saliente-se que um total de sete vídeos são de médicos homeopatas, mas em cinco deles os profissionais apresentam-se como pediatras e homeopatas, pelo que esses foram codificados como pediatras. Dos 30 vídeos em Inglês, dois são de urologistas pediátricos, dois de enfermeiros pediátricos e dois de psicólogos (n=2, 7%), sendo a maioria dos vídeos de pediatras (n=16, 53%) e oito vídeos (26%) têm médicos para os quais não é clarificada a especialidade (Tabela 3). Nos 63 vídeos existem 17 (27%) em que a participação dos profissionais de saúde ocorre em contexto de entrevista jornalística e/ou em programas de televisão, de entretenimento ou de informação, dos quais nove são em língua inglesa e oito em Português do Brasil. Os restantes são vídeos com profissionais em espaços próprios, publicados em canais pessoais ou organizacionais (Anexo 1).

Tabela 3. Vídeos analisados distribuídos por idiomas e pela especialidade dos profissionais de saúde.

Profissionais	Português- Portugal	Português - Brasil	Inglês	Total
Pediatria	2	21	16	39 (61,9%)
Psicologia	1	6	2	9 (14,3%)

Enfermagem	0	0	2	2 (3,2%)
Urologia	0	0	2	2 (3,2%)
Homeopatia	0	2	0	2 (3,2%)
Medicina	0	1	8	9 (14,3%)
Total	3 (4,8%)	30 (47,6%)	30 (47,6%)	63

Atualidade da informação

Relativamente à Atualidade, apenas em dois vídeos (em Inglês e alojados em websites diferentes do YouTube) não foi possível conhecer a sua data de publicação. Dos restantes, o vídeo mais antigo é de maio de 2008 e o mais recente é do mês de agosto de 2017. A maioria dos vídeos foram publicados a partir de 2013 (75%) e cerca de 31% (n=19) dos vídeos foram publicados no 3º trimestre do ano (julho, agosto e setembro - meses de verão no hemisfério norte). Segue-se o 2º trimestre (n=18, 29%), depois o 4º trimestre (n=13, 21%) e finalmente o 1º trimestre do ano (altura do verão no hemisfério sul) contando com 11 dos 63 vídeos (17,5%) a serem postados nesses meses.

Precisão da informação

Em oito dos 63 vídeos (12,7%) encontraram-se imagens de crianças e mães. Os restantes vídeos apresentaram a informação através da exposição oral pelos profissionais envolvidos. Os vídeos apresentam na generalidade uma linguagem adequada, acessível aos pais e utilizando vocabulário semelhante. Destaca-se um vídeo com vocabulário mais técnico, com termos médicos e dados estatísticos em diapositivos apresentados no vídeo, e no discurso do médico urologista pediátrico (em Inglês) e dois vídeos em que os profissionais assumem um discurso por vezes mais informal. De notar que um vídeo em Português do Brasil, realizado por uma psicóloga, apresenta alguns conceitos de orientação psicanalítica, situando esta tarefa de desenvolvimento na fase anal. Considerou-se que nove vídeos (14,3%) apresentam muito pouca informação quando comparados com os restantes. Importa notar que dois desses vídeos são o que tem o valor máximo e o mínimo de visualizações. Dois vídeos (3,2%) do Brasil referem-se especialmente ao momento de tirar as fraldas durante a noite, mas apresentam indicações que orientam os pais para toda esta tarefa. Existem dois vídeos cuja abordagem ao tema é feita ou pelas dificuldades no desfralde ou por aquilo que é sugerido aos pais não fazer, um em Português do Brasil e outro em Inglês, sendo que neste último é publicitado um outro vídeo com as sugestões a seguir, mas esse resultado não foi captado na condução da pesquisa.

Duração dos vídeos

A duração foi considerada uma limitação para 12,7% (n=8) dos vídeos. Segundo o Pew Research Center, 94,6% dos vídeos mais populares no YouTube têm menos de 10 minutos, e é menos provável as pessoas visualizarem vídeos mais longos (Farkas et al., 2015). Os vídeos têm uma duração média de 5,73 minutos, sendo que o vídeo mais curto dura 21 segundos e o mais longo tem mais de 31 minutos. Quase todos os vídeos analisados (n=59, 93,7%) estão alojados no YouTube, pelo que é possível conhecer o seu número de visualizações. Quanto a estes vídeos a média de visualizações é de 6304. O vídeo menos visto tem 16 visualizações e o vídeo com mais visualizações conta com 108272, ambos em língua inglesa. Não existe relação entre a duração do vídeo e o seu número de visualizações (Anexo 2).

Métodos sugeridos

No conteúdo dos vídeos e nas ideias meta-metodológicas transmitidas aos pais pelos profissionais de saúde verifica-se que a maioria (45 em 63, 71%) propõe um método gradual, progressivo e centrado na criança, respeitando o seu ritmo. Em quatro dos vídeos (6%) os profissionais expõem um método mais intensivo e estruturado, sendo que num deles os pais são mesmo aconselhados a eliminarem todas as distrações para a criança. Num destes vídeos são apresentados os três métodos, mas há um apoio preferencial por um método mais sensível ao ritmo da criança. Relativamente ao método de treino assistido pelos pais, que ocorre no início de vida (n=6, 9,5%), note-se que em apenas um dos vídeos (em Inglês e num programa de televisão norte-americano) é exclusivamente mencionado este método, mas o propósito do vídeo é informar os pais sobre a filosofia da *elimination communication*, que apesar de ser utilizado em muitos lugares do mundo, exige dos cuidadores uma enorme disponibilidade e dedicação na observação dos sinais de vontade e nos padrões de eliminação do bebé. De facto, a prática de observar o bebé ou a criança com o objetivo de reconhecer os seus sinais de vontade de eliminar e tentar entender possíveis padrões, é aconselhada aos pais independentemente do método (n=8, 13%).

Idade e sinais de prontidão

Quanto à idade mais frequentemente apontada para o início do treino, verifica-se que em 35% dos vídeos, são entre os 18 e os 24 meses ou uns meses antes, como é referido em três destes 22 vídeos. Há dois vídeos (3%), um seguindo um método intensivo e outro gradual, que apontam que a criança pode ser treinada antes dos 18 meses. Há três vídeos (5%) que referem que o treino ocorre normalmente entre os 18 meses e os 3 anos. Nove vídeos (14%) apontam para entre os dois anos e os dois anos e meio. 12 vídeos (19%) indicam os 2 anos e meio e os

3, e em três destes vídeos refere-se que o treino pode ter início até aos 3 anos e meio. É de salientar que um vídeo (1,6%) em Inglês menciona uma diferença possível de um ano entre meninas (2-2,5 anos) e meninos (3-3,5 anos) na prontidão para a ACE. De facto, em 21% dos vídeos (n=13) são referidas diferenças de género, indicando que as meninas podem adquirir o controlo mais cedo do que os meninos, com exceção de um vídeo em que se afirmou que não existem tais diferenças. Destaca-se ainda um vídeo em Inglês que sugere que o treino tenha início entre os 2 e os 4 anos de idade e outro que refere que o treino deve ser conduzido não depois dos 3 anos.

A admissão na escola é um aspeto mencionado em dois vídeos (3,2%) como indicador para o início do treino, uma vez que existem instituições de ensino que não aceitam crianças com fraldas, por razões de higiene e logística.

Em seis vídeos (9,5%) é referido que os pais podem aproveitar o momento do verão para o treino, uma vez que o uso de roupas frescas e leves facilita a ida à casa de banho e diminui o desconforto da criança em caso de acidentes. Em quatro vídeos (6,3%) é explicado aos pais que devem evitar que o treino coincida com períodos de mudança ou de maior stress para a criança e para a família, como mudar de casa ou o nascimento de um irmão.

Verifica-se que 73% dos vídeos (n=46) referem os sinais de prontidão, física, cognitiva e emocional, como sendo os mais importantes indicadores para o início do processo de aprendizagem e avançam quase todos com alguns exemplos: a criança ter consciência das eliminações, manifestando-o de forma verbal ou não verbal (n=32, 51%), sendo que em oito vídeos se refere que algumas crianças se escondem para evacuar; incómodo com a fralda molhada ou suja (n=25, 40%); controlo dos esfíncteres, pela capacidade de eliminar tudo de uma vez, de reter um pouco e depois relaxar os esfíncteres (n=21, 33%); permanecer seca por períodos mais prolongados (n=13, 21%) e eliminar em horários previsíveis (3%); ser capaz de se sentar e levantar sem ajuda (22%) e de se vestir e despir (16%); mostrar interesse no processo (n=23, 36,5%); a criança conhecer o vocabulário associado (21 em 63, 33%); imitar comportamentos (17%); seguir instruções simples (5%) e conhecer o lugar das coisas (3%); 14 vídeos (22%) acrescentam que o controlo noturno dos esfíncteres é mais intuitivo e sugerem que o treino deve ter início apenas quando a criança permanece seca por algumas noites consecutivas. Cinco vídeos (8%) referem que se deve considerar o temperamento da criança para ajustar o processo de aprendizagem. Sete vídeos (11%) sugerem uma ordem para o treino, embora as indicações se distingam na prioridade dada ao controlo das fezes, que pode ser treinado no início (n=6, 9,5%), uma vez que os episódios são menos frequentes do que as

micções e que de noite é pouco provável a criança evacuar, ou em simultâneo com o treino diurno da urina (n=5, 8%).

Duração do treino

São poucas as referências a uma duração aproximada do processo de aprendizagem. Há distinção entre o treino diurno, que se prevê que ocorra entre os 12 e os 18 meses (n=1), entre os 2 e os 3 anos (n=8, 13%) ou pelos 3 anos de idade (n=5, 8%), sendo que este pode demorar alguns meses (n=6, 9,5%) ou em 3/4 dias (n=6, 9,5%). Quanto ao controlo noturno dos esfíncteres, as indicações variam entre os 3 e os 5 anos (n=1), pelos 3 ou 4 anos (n=1), ou entre os 4/5 e os 6 anos de idade (n=9, 14%). Apenas três vídeos (5%) explicam que o treino se considere concluído quando a criança é autónoma nas suas funções de eliminação, dirigindo-se à casa de banho por iniciativa própria e fazendo a higiene completa, incluindo a das mãos.

Estratégias de ensino

Na maioria dos vídeos os pais são os preferidos responsáveis pelo treino (n=33, 52%), ainda assim, em 17 destes vídeos refere-se que a criança pode frequentar a escola ou outros contextos (e.g. casa dos avós, ama) onde o treino deve também ocorrer. Em 39 vídeos (62%) é referido o uso do bacio, mas em 15 deles também é dada a opção aos pais de escolher o redutor de sanita e um banco para apoiar os pés.

Apenas quatro (6%) vídeos sugerem apenas a utilização do redutor de sanita, e em 24 vídeos (38%) foi recomendado apenas o uso do bacio, sendo que em seis destes vídeos é recomendado envolver a criança na compra. Em 21 vídeos é mencionado que o bacio pode inicialmente ser utilizado pela criança ainda com a fralda vestida e que o pode usar para brincar (n=5, 8%), em contraste com um vídeo que afirma que o bacio não deve ser um brinquedo. Em três vídeos é aconselhado que o bacio esteja na casa de banho, para que seja feita uma associação correta à sua função, mas em dois vídeos os profissionais expressam que o bacio pode ser colocado em várias divisões da casa. Em 25 vídeos (40%) é aconselhado que a criança utilize roupa interior, mas em apenas um vídeo é recomendado tirar as fraldas de uma vez. Nos restantes essa mudança é gradual, começando por vestir roupa interior só por alguns períodos do dia ou que se combine com a criança um dia em que poderá deixar de usar fralda. A fralda de treino é referida como opção para a transição em sete vídeos (11%) e o resguardo para o colchão em três vídeos (5%). Note-se que a prática de despejar as fezes da fralda na sanita é falada em nove vídeos (14%), sendo que alguns situam este comportamento numa ideia de desapego que a criança deve sentir em relação às suas eliminações.

É de assinalar que 23 vídeos (36%) referem que os pais, irmãos, familiares ou amigos podem modelar o comportamento desejado, e em apenas 4 vídeos (6%) se sugere o recurso a bonecos para essa modelagem. Os pais podem recorrer a livros de histórias ou vídeos (n=17, 27%) para explicar e normalizar a tarefa ou para manter a criança ocupada enquanto está no bacio/sanita. Com efeito, há 10 vídeos (16%) que reforçam a ideia da dessensibilização à sanita e à casa de banho, uma vez que as crianças podem sentir medo e desconfiança. Apenas em dois vídeos (3,2%) se refere que os pais podem incitar a micção através de sons sugestivos, um deles na explicação do método de treino precoce, assistido pelos pais. A prática de sugerir à criança que se sente no bacio/sanita em horários previsíveis de eliminação, após o sono e as refeições, é indicado em 18 vídeos (29%). Em quatro vídeos (6%) os profissionais incentivam a que os pais façam a criança sentar-se em horários frequentes e definidos, por exemplo a cada duas horas, sendo que num deles, segundo um método mais intensivo, o profissional aconselha que no primeiro dia de treino a criança se sente a cada 30 minutos, aumentando gradualmente até às duas horas de intervalo no quarto dia. Há ainda cinco vídeos (8%) que recomendam ambas as estratégias. Destaca-se que dois vídeos (3%) defendem que a criança deve ser acordada durante a noite para urinar, para que aprenda a fazê-lo sozinha em caso de necessidade; ao contrário de um vídeo de uma pediatra Portuguesa que contraindica acordar a criança pelo risco de interrupção dos ciclos de sono.

Os pais são aconselhados por alguns profissionais (n=9, 14%) a diminuir a ingestão de líquidos no final do dia para facilitar a tarefa da criança em conseguir manter-se seca durante o sono, para além de urinar antes de dormir (8 em 63). Aumentar a ingestão de líquidos durante o dia é recomendado em três vídeos, no sentido de proporcionar mais experiências de treino diurno. Outras adaptações à dieta da criança são recomendadas (n=4, 6%), com o objetivo de facilitar as evacuações da criança, mas um outro vídeo afirma que não são necessários ajustes à dieta nesta fase.

Os pais são frequentemente orientados a manter um ambiente encorajador e com disponibilidade dos cuidadores, que se devem esforçar por se manter pacientes e calmos (n=42, 66%), e com uma atitude positiva e consistente (n=26, 42%). Em 34 vídeos (54%) alertam-se os pais para estarem preparados para os *acidentes* e em três deles é afirmado que a criança pode colaborar na limpeza após os acidentes. É indicada a preferência pelo reforço positivo, elogiando ou premiando os sucessos (n=34, 54%), evitando ao máximo punições face aos insucessos da criança (n=30, 48%), assim como evitar o uso de palavras ou expressões desagradáveis face às eliminações (12 em 63, 19%). As recompensas são mencionadas em 17

vídeos (27%), embora em quatro destes os pais são alertados a moderar o reforço à criança, salientando que a aprendizagem é um processo natural que não deve receber demasiada atenção, ou pelo risco de saturação do reforço. Há ainda três vídeos (5%) que defendem um reforço diferencial, conforme o comportamento exibido, e quatro vídeos (6%) em que os profissionais desaconselham o recurso a brinquedos ou doces como reforço. Em 12 vídeos (19%) é sugerida a utilização de adesivos ou símbolos em registos gráficos ou calendários que traduza visualmente os sucessos conseguidos pela criança. Em 23 vídeos (37%) os pais são ensinados a não forçar a criança ao treino ou a usar o bacio se esta mostrar resistência. Assim, parar o treino e tentar de novo mais tarde é aconselhado em 14 vídeos (22%), mas um profissional afirma que uma vez iniciado o treino os pais não devem ceder a voltar a colocar a fralda na criança. Neste sentido, há sete vídeos (11%) que recomendam que os pais permitam à criança evacuar na fralda, se for mais confortável, ao contrário de outros cinco vídeos (8%), em que esta prática é desaconselhada pela confusão que pode provocar na criança.

Antecipação de dificuldades e problemas

Dos problemas possíveis no treino, merecem maior destaque os medos e o stress sentidos pela criança (n=37, 59%), o treino apressado por pressão social ou ansiedade dos pais em tirar as fraldas (n=24, 38%), o treino com início prematuro, sem que a criança esteja pronta (n=20, 32%), a obstipação (n=18, 29%), a retenção (n=14, 22%), a recusa do bacio/ sanita ou resistência ao treino (n=12, 19%), as consequências psicológicas futuras decorrentes de problemas durante a fase de treino (n=12, 19%), os sentimentos de frustração na família (19%), as evacuações dolorosas (n=8, 13%), e até infeções urinárias (n=6, 9,5%). Dois vídeos (3,2%) identificam como um indicador de problema a criança esconder-se para evacuar, ao contrário de outros que consideram este comportamento com um sinal de prontidão. Outros dois vídeos (3,2%) referem que é habitual uma criança atingir o controlo noturno dos esfíncteres numa idade mais avançada quando na família existem casos de controlo tardio. Em 13 vídeos (21%) os pais são aconselhados a procurar ajuda médica no caso de surgirem problemas.

Discussão

Os pais de crianças em idade pré-escolar, sabendo que os filhos devem evoluir no sentido de dispensar o uso de fraldas e se tornar autónomos nas funções de eliminação, quando confrontados com esta tarefa de desenvolvimento podem colocar questões desde o quando, ao como, por quem, onde, até quando, e que problemas podem surgir. Esta multiplicidade de

questões traduz a complexidade deste processo normativo e as potenciais dificuldades que famílias e cuidadores podem ter nesta fase do desenvolvimento infantil.

A presente *scoping review* permitiu identificar 63 vídeos de acesso público na Internet, em que os pais de crianças com um desenvolvimento normativo são informados sobre a ACE por profissionais de saúde. Os vídeos, em Português do Brasil, em Inglês e em Português de Portugal, são apresentados maioritariamente por médicos pediatras, mas também por outros médicos, homeopatas, psicólogos e enfermeiros. A maioria dos vídeos proporciona aos pais conteúdos bastante informativos e baseados em evidência científica, particularmente vídeos com maior duração, fornecendo indicações detalhadas - conhecimentos e práticas -, envolvidas neste processo de aprendizagem. A seguir discutem-se as informações dos vídeos analisados e as implicações que assumem no sucesso da criança na ACE, nos comportamentos adotados pelos pais e outros cuidadores, e nas recomendações feitas por profissionais de saúde sobre esta tarefa.

Quando começar o treino? A maioria dos vídeos privilegia o reconhecimento dos sinais de prontidão, confirmando o que é proposto pelos principais especialistas (Brazelton et al., 1999; Kiddoo, 2012; Klassen et al., 2006), que a criança exibe para determinar o começo da abordagem a esta tarefa, como manifestações de diferentes aspetos do desenvolvimento, de uma maturação simultaneamente física, cognitiva e emocional, que a capacite para as especificidades desta aprendizagem (Choby & George, 2008; Kaerts et al., 2012; Schum et al., 2002). Listam-se alguns sinais frequentemente apontados nos vídeos, como: a criança ter consciência das sensações das eliminações no corpo (American Academy of Pediatrics, 1999b; Kaerts et al., 2012; Schum et al., 2002; Vermandel, Kampen, et al., 2008), expressar, verbalmente ou por expressões faciais ou do corpo, que está a evacuar ou que tem vontade de eliminar, ou de estar desconfortável quando está suja (Brazelton et al., 1999; Kaerts et al., 2012), demonstrar interesse no bacio ou sanita e na própria aprendizagem (Barros, 2004; Greer et al., 2013; Klassen et al., 2006; Schum et al., 2002), revelar um controlo voluntário dos músculos pélvicos, conseguindo reter por um pouco e depois esvaziar a bexiga de uma só vez ou auxiliar na eliminação das fezes (Azrin & Foxx, 1974; Brazelton et al., 1999; Kaerts et al., 2012), compreender o vocabulário relacionado com a ACE (Choby & George, 2008; Kaerts et al., 2012), permanecer seca durante o sono/sesta ou por várias horas (W. Bakker et al., 2002; Klassen et al., 2006), imitar comportamentos (Barros, 2004; Lang & Thomson, 2008), andar, sentar-se, levantar-se, vestir-se, despir-se (Azrin & Foxx, 1974; Christophersen & VanScoyoc, 2008; Schum et al., 2002). Menos referidos nos vídeos ficam aspetos como a criança ser capaz

de seguir instruções simples (Azrin & Foxx, 1974; Barros, 2004; Schum et al., 2002), esconder-se para evacuar (Blum et al., 2004; Christophersen & VanScoyoc, 2008), ter movimentos intestinais em horários previsíveis (Choby & George, 2008). Poucos vídeos referem indicadores como o aproveitar o momento do verão (E. Bakker & Wyndaele, 2000) - por ser menos desagradável para a criança em caso de *acidente* e porque as roupas leves facilitam as eliminações apropriadas -, realizar o treino antes da admissão no jardim de infância, uma vez que é uma exigência de algumas instituições de ensino infantil por questões de higiene e logística (Pereira et al., 2015; Vermandel, Kampen, et al., 2008), ou a sugestão de evitar que o treino coincida com ocasiões de stress para a criança e família, como mudanças no sistema familiar.

Importa realçar que alguns vídeos de pediatras, médicos e homeopatas apresentam o comportamento da criança se esconder enquanto evacua como um sinal de prontidão, por revelar que a criança tem consciência da eliminação ou das regras sociais que a acompanham. Apenas dois vídeos de psicólogos em Português do Brasil referem este comportamento em relação a problemas como a retenção de fezes, a obstipação e a recusa em usar a sanita (Blum et al., 2004; Choby & George, 2008; Christophersen, 2003; Kiddoo, 2012; Klassen et al., 2006). Este foi um aspeto em que se encontrou divergências nas informações, exemplificando a dificuldade de dar instruções gerais em vídeo sobre aspetos que podem apresentar grande diversidade, porque se situam num contínuo. De facto, este comportamento pode indicar prontidão quando a criança sinaliza que antecipa o ato de evacuar e escolhe um local resguardado para o fazer, ou de perturbação quando a criança se esconde e mostra algum outro sinal de problema ou dificuldade.

Muitos vídeos enfatizam a *prontidão* dos pais para esta tarefa, indicando que devem estar dispostos e disponíveis para integrar nas rotinas da criança este processo educacional de forma regular, consistente, paciente e reforçadora (Barros, 2004; Brazelton et al., 1999; Lang & Thomson, 2008).

Alguns vídeos referem o treino precoce que ocorre a partir do início de vida (Blum et al., 2004; Klassen et al., 2006; Wu, 2013), com exceção dos vídeos de psicólogos e de homeopatas. Contudo, os profissionais parecem ter sobretudo o propósito de esclarecer os pais, em função da disseminação e interesse público crescente por este método, que o método é relativamente demorado e exige muita dedicação, exigindo uma intensa e continuada disponibilidade e resposta adequada dos pais (Wu, 2013). Um dos vídeos, em Português do Brasil, afirma mesmo que o método é “contestado por pediatras”. A literatura disponível

reconhece algumas vantagens a estes métodos como a poupança financeira, o menor impacto ambiental (Kiddoo, 2012), e até a redução de cólicas no bebé (Jordan, 2014). Contudo, por contrastar com os conceitos de prontidão postulados pelos métodos centrados na criança, estes métodos levantam críticas quanto à capacidade de controlo dos esfíncteres por parte do bebé (Schum et al., 2001).

A grande maioria dos profissionais aconselha os pais a esperarem que a criança adquira uma série de competências antes de iniciar o treino, sendo expectável que o treino ocorra entre os 18 e os 30 meses (Blum et al., 2004; Brazelton et al., 1999; Klassen et al., 2006; Lang & Thomson, 2008). Outros vídeos, de pediatras, de um médico e de um homeopata, enfatizam que o treino não deve ocorrer antes dos dois anos e que pode iniciar-se até aos 36 meses (American Academy of Pediatrics, 1999a; Choby & George, 2008; Horn et al., 2006; Kaerts et al., 2012; Schum et al., 2002; Vermandel, Kampen, et al., 2008). Uma psicóloga, uma enfermeira e três pediatras referem que o treino pode ter início até aos 42 meses. Um vídeo de um pediatra em Inglês que indica um método de treino intensivo e rápido, aponta idades mais tardias para o início da aprendizagem e inclusivamente uma diferença potencial de um ano entre raparigas e rapazes. Aliás, as diferenças de género são apontadas por um psicólogo, uma enfermeira e vários pediatras em Inglês, assim como por um homeopata e por pediatras brasileiros. Apenas um vídeo de um pediatra informa que não existem diferenças de género, pelo menos ao nível da prontidão para o treino, concordante com alguns especialistas (Brazelton et al., 1999). Esta distinção surge sobretudo relativamente à idade, geralmente mais precoce nas raparigas (Choby & George, 2008; Taubman, 1997), mas também ao facto dos rapazes aprenderem a urinar em duas posições (Brazelton et al., 1999).

Esta variabilidade nas indicações para o início do treino pode gerar dúvidas nos pais e fazer com que este ocorra numa idade mais tardia, podendo originar problemas na criança, na família, na saúde, no ambiente e na sociedade (E. Bakker & Wyndaele, 2000; Blum et al., 2004; Taubman, 1997; Van Nunen et al., 2015).

Como se ensina a criança? A maioria dos vídeos de várias especialistas recomenda que os pais sigam um método gradual, orientado pelo ritmo da criança, respeitando o seu desenvolvimento individual e sensível às suas reações, consistentemente com aquilo que a literatura da especialidade considera mais adequado e eficaz (Brazelton, 1962; Christophersen, 2003), tal como é aconselhado pela American Academy of Pediatrics e a Canadian Paediatric Society (Choby & George, 2008; Kiddoo, 2012).

Os poucos vídeos que se referem ao treino precoce (*elimination communication*) esclarecem que os pais devem estar atentos aos sinais físicos, como o choro, esgares, movimentos das pernas, ou outros que a criança pode emitir aquando da sensação da eliminação. Os pais são ensinados a identificar estes sinais e os padrões de eliminação do bebé para que a resposta seja eficaz. Perante os sinais exibidos pelo bebé os pais colocam-no numa posição especial sobre um recipiente apropriado, a sanita ou o lavatório e emitem um som sugestivo que fica condicionado ao ato de eliminar (Jordan, 2014; Schön & Silvén, 2007; Vermandel, Kampen, et al., 2008).

Note-se que os vídeos de homeopatas se dividem em três profissionais, dois seguem um método progressivo e lento, e outro um método intensivo e rápido (Azrin & Foxx, 1974; Klassen et al., 2006; Vermandel, Weyler, De Wachter, & Wyndaele, 2008). Os primeiros profissionais da homeopatia, à semelhança de psicólogos, enfermeiros, médicos e pediatras, situam os sinais de prontidão num desenvolvimento contínuo da criança e numa integração gradual e positiva das várias tarefas específicas do treino nas rotinas da criança e da família. O terceiro vídeo, de um pediatra e homeopata, recomenda uma abordagem discrepante. Defende que os pais é que decidem em que momento tiram repentinamente a fralda da criança e informa que o treino dura apenas uns dias, em que a criança tem *acidentes* frequentes, e que pode permanecer molhada na cama. É possível prever que este vídeo pode confundir os pais ou ter consequências negativas para a criança, uma vez que é pouco provável que o resultado desejado ocorra em tão poucos dias, podendo levar os pais a construir expectativas irrealistas, que podem gerar frustração e escalada para atitudes coercivas ou desistência da parte dos pais, e também sofrimento na criança que não é capaz de corresponder ao que lhe é exigido (American Academy of Pediatrics, 1999a; Brazelton et al., 1999; Choby & George, 2008).

Em vários vídeos, os pais recebem diversas indicações de práticas comportamentais possíveis e potencialmente eficazes. Muitos vídeos sugerem a introdução do bacio para que a criança se adapte e compreenda a sua função na ACE, já que facilita e adequa a posição da criança nas eliminações e transmite-lhe uma sensação de segurança (Azrin & Foxx, 1974; Brazelton et al., 1999; Choby & George, 2008). Poucos vídeos são específicos no local onde deve ser colocado o bacio. Uns profissionais indicam que deve estar só na casa-de-banho, para que a sua função fique clara para a criança, e outros preferem que esteja ao alcance da criança, independentemente do local da casa (American Academy of Pediatrics, 1999a). A sanita é incluída como sugestão em alguns vídeos, deixando ao critério dos pais o seu uso desde o início do treino. Nesses casos, os profissionais aconselham sempre a utilização de redutor e banco de

apoio para os pés (W. Bakker et al., 2002; Greer et al., 2013), e é este o equipamento preferido em poucos vídeos de psicólogos e pediatras, por limitar as transições no processo de aprendizagem. No entanto, existem vídeos, principalmente de psicólogos e homeopatas, que enfatizam os medos das crianças associados à sanita e a necessidade de dessensibilização a esse objeto, por fazer desaparecer o que lá se colocar e pelo barulho do autoclismo (American Academy of Pediatrics, 1999a; Barros, 2004). Alguns vídeos online, de várias especialidades profissionais e idiomas, sugerem aos pais que a criança despeje as fezes da fralda ou do bacio para a sanita, no sentido de promover a ideia de desapego das próprias substâncias fisiológicas, para além de incorporar essa tarefa no processo de aprendizagem (Choby & George, 2008).

Com frequência os profissionais aconselham os pais a sentar a criança no bacio primeiro com fralda, para que se habitue ao utensílio, e fazerem a transição para a roupa interior, pelo menos por alguns períodos do dia no início do treino, aumentando gradualmente essa duração, de forma consistente com as recomendações dos especialistas (American Academy of Pediatrics, 1999a; Blum et al., 2004; Brazelton et al., 1999; Greer et al., 2013; Schum et al., 2002). Os vídeos recomendam os pais a convidar a criança a sentar-se no bacio/sanita em horários previsíveis de eliminação, e.g. após o sono, refeições e antes de deitar (W. Bakker et al., 2002). Alguns destes vídeos recomendam também os pais a sugerir à criança a ida frequente em horários mais densos (Azrin & Foxx, 1974; Greer et al., 2013; Vermandel, Kampen, et al., 2008). Um número reduzido de vídeos sugere um aumento da ingestão de líquidos durante o dia para promover oportunidades frequentes de treino (Schum et al., 2001). Apenas em vídeos de profissionais que sugerem um método centrado nos pais, de um homeopata e de um médico (em Inglês), é sugerida a prática de incitar a eliminação através de sons como o da água corrente. Ainda assim, a maioria dos profissionais nos vídeos sublinha que a criança nunca deve ser forçada a usar o bacio/sanita quando não está disposta a isso. De facto, tal como é advogado por alguns autores, assinalando que as práticas que visam colocar pressão e insistir com a criança para eliminar, e que podem incluir sons sugestivos ou incitação para fazer esforço para eliminar, podem revelar-se problemáticas e devem ser desencorajadas (E. Bakker, Van Gool, van Sprundel, Van Der Auwera, & Wyndaele, 2002; Lang & Thomson, 2008).

A modelagem é uma prática fortemente aconselhada nos vídeos, a implementar pelos pais, irmãos mais velhos ou por pares, para normalizar a tarefa e explicar à criança o que é esperado dela (Brazelton et al., 1999; Kaerts et al., 2012; Tarhan, Cakmak, Ekin, & Aksu, 2015). Apenas quatro profissionais referem a modelagem através de bonecos (Azrin & Foxx, 1974). Profissionais de várias especialidades da saúde recomendam nos vídeos o recurso a

livros de histórias, músicas ou vídeos para envolver positivamente a criança no processo ou para incentivar a criança a permanecer sentada enquanto aguarda a eliminação.

No geral, os profissionais presentes nos vídeos tendem a assumir o treino como um processo de condicionamento operante (Vermandel, Kampen, et al., 2008), embora não explicitamente assim, indicando que o treino se deve basear num sistema de reforços, mais ou menos estruturado (Barros, 2004). Os pais são fortemente sugeridos pelos vídeos a recompensar a criança pelos seus sucessos, seja pela iniciativa própria em eliminar, por se manter seca, ou por eliminações apropriadas, seja por um reforço diferencial ou contingente previamente estabelecido, e.g. com demonstrações de satisfação e celebração dos sucessos, manifestações físicas de afeto, folhas de registo/calendários, autocolantes, pequenos presentes, privilégios, ou recompensas com alimentos ou bebidas do agrado da criança (Azrin & Foxx, 1974; Barros, 2004; Choby & George, 2008; Greer et al., 2013). A recomendação de autocolantes e registos gráficos é transversal a todos os idiomas e é apontada por pediatras e psicólogos. Um reduzido número de vídeos de pediatras alerta os pais e cuidadores para ter moderação nas recompensas, para que o processo surja como algo natural na vida da criança (W. Bakker et al., 2002).

Os castigos, as verbalizações negativas e as zangas com a criança, que tendem a ocorrer sobretudo na reação a *acidentes*, são apontados na maioria dos vídeos como comportamentos a evitar, pela possibilidade de comprometer o progresso do treino e pelo risco de desenvolvimento de problemas de saúde (Barros, 2004; Campbell, 2013; Choby & George, 2008; Colaco et al., 2013). É apontado em alguns vídeos que os pais devem garantir à criança que os *acidentes* não são um problema e que pode ser bem-sucedida numa próxima tentativa (W. Bakker et al., 2002; Klassen et al., 2006). Alguns vídeos de pediatras sugerem os pais a parar o treino e voltar a tentar mais tarde, caso a criança revele resistência ou dificuldades. Só um vídeo, de um psicólogo do Brasil, declarou que uma vez iniciado o treino não deve ser interrompido.

Apenas em vídeos de profissionais que sugerem um método centrado nos pais, de um homeopata e de um médico (em Inglês), é sugerida a prática de incitar a eliminação através de sons como o da água corrente.

É de notar que a generalidade dos profissionais que faz alusão ao controlo noturno da urina sugere que o controlo durante o sono depende de um amadurecimento neurológico da criança (Kaerts et al., 2012). Ainda assim, os pais recebem indicações de como facilitar a criança a permanecer seca de noite, pela diminuição da ingestão de líquidos no final do dia e

por promover a rotina de urinar antes de dormir (Klassen et al., 2006). Importa referir que um número reduzido de vídeos sugere aos pais que acordem a criança durante a noite para que esta possa urinar (American Academy of Pediatrics, 1999a), contrariamente a uma pediatra Portuguesa que discorda dessa prática, por poder impactar nos ciclos de sono da criança.

De facto, a decisão sobre o método a seguir e a atitude dos pais no processo parece ser bastante influenciada pelos recursos, conhecimentos e crenças dos pais em relação ao desenvolvimento infantil e à educação dos filhos (Christophersen & VanScoyoc, 2008; Horn et al., 2006; Klassen et al., 2006; Van Nunen et al., 2015). Os pais mais novos têm tendência a usar vários métodos de treino (W. Bakker et al., 2002), o que pode indicar alguma indefinição na estratégia educativa para o processo.

O treino é conduzido por quem e em que contextos? Os profissionais dos vídeos sugerem com frequência que o processo de ACE pode decorrer em ambiente familiar e apoiado pelos pais ou principais cuidadores da criança (Azrin & Foxx, 1974; Brazelton et al., 1999), na escola ou instituição de cuidados (Blum et al., 2004), suportado pelos educadores ou amas, ou em ambos os contextos em simultâneo (Kaerts et al., 2012). Nesse caso, os pais são especialmente encorajados pelos profissionais de alguns vídeos a estabelecer uma comunicação eficaz entre todos os cuidadores de modo a promover, em conjunto, um treino consistente e bem-sucedido (Barros, 2004; Brazelton et al., 1999; Kaerts et al., 2012). Note-se que as diferenças geracionais e culturais entre os vários cuidadores podem gerar confusão, medos ou retrocessos na criança, pelas práticas comportamentais distintas e incoerências que podem assumir face ao treino (W. Bakker et al., 2002; Van Nunen et al., 2015).

Salienta-se um vídeo de um pediatra brasileiro que menciona um estudo que conduziu em 2007 sobre a ACE. Revelou que no Brasil se verifica que os pais estão muito desinformados, sendo influenciados por conhecimentos transmitidos por familiares e amigos, o que gera uma antecipação do treino por influência da pressão social e uma enorme indefinição nos métodos utilizados, e sublinha sobretudo uma significativa falta de comunicação (em 90% dos casos da amostra) com a escola e falta consistência no treino. Este aspeto é particularmente relevante, porque as crianças frequentam instituições de cuidados desde cedo e os educadores podem ter um papel importante na condução adequada do processo, em conformidade com a família, auxiliando-se mutuamente e com proximidade (Brazelton et al., 1999).

Quando está concluído o treino? A maioria dos vídeos de profissionais dão poucas referências aos pais sobre a duração do treino e apenas três referem que o treino está concluído quando a criança faz todo o processo de eliminação independente de qualquer auxílio,

incluindo a higiene final das mãos (Klassen et al., 2006; Schum et al., 2002). De acordo com a literatura, os pais podem considerar que a ACE está completa quando a criança não precisa de ser lembrada para eliminar (Azrin & Foxx, 1974) e quando se consegue manter continente de dia e de noite sem acidentes frequentes (Bakker et al., 2001; Blum et al., 2004).

No método de treino precoce, um médico explica que é esperado que a criança controle os esfíncteres pelos 12 meses, ou aquando da aquisição da marcha, e adquira gradualmente a independência no processo (Vermandel, Kampen, et al., 2008).

Segundo os outros métodos, os pais são informados que é expectável que a criança adquira o controlo diurno da urina entre os 2 e os 3 anos (W. Bakker et al., 2002; Brazelton et al., 1999; Vermandel, Weyler, et al., 2008). Em alguns vídeos os profissionais indicam que o controlo noturno da urina ocorre habitualmente depois do diurno e entre os 4 e os 6 anos de vida (Blum et al., 2004; Schum et al., 2002).

As variações na idade esperada que são indicadas pelos profissionais para a aquisição da continência ou da independência na eliminação da urina e das fezes, podem dever-se ao facto de que estes conceitos não estão claramente definidos e delimitados na literatura e, por conseguinte, entre os profissionais e os pais (W. Bakker et al., 2002; Klassen et al., 2006; Schum et al., 2002).

Que problemas podem surgir? Recomenda-se que os pais/cuidadores atentem a alguns problemas comuns relacionados com a ACE. Contrastando com a filosofia dos métodos de treino em bebés, um dos principais problemas reportados nos vídeos online prende-se com o início prematuro do treino, que pode causar ansiedade na criança e dificultar ou prolongar o treino (Blum, Taubman, & Nemeth, 2003). Todavia, e embora só citado em dois vídeos, a ACE pode ser demorada particularmente em famílias com história de uma tardia aquisição do controlo dos esfíncteres (W. Bakker et al., 2002).

Os profissionais dos vídeos relatam frequentemente que o treino prematuro e apressado pelos pais pode conduzir a criança à retenção das fezes, à obstipação e à recusa do bacio/sanita (E. Bakker & Wyndaele, 2000; Blum et al., 2003; Brazelton et al., 1999; Christophersen, 2003; Taubman, 1997). É relevante compreender e clarificar os pais no modo como o treino prematuro pode ter impacto negativo na criança, uma vez que essa recomendação pode conduzir os pais a adiar cada vez mais o início do treino ou a subestimar alguns problemas no decurso do treino, dificultando a atuação de pediatras e médicos de família (Taubman, 1997). O início tardio do treino – cuja referência pode ser os 42 meses (Blum et al., 2004) –, não é relacionado pelos vídeos com as disfunções na eliminação.

Apesar de mencionados pela generalidade dos profissionais, há nos vídeos de psicólogos e homeopatas uma maior tendência para indicarem os medos e o stress provocado na criança por ansiedade e pressão dos pais, que conduzem a possíveis consequências psicológicas negativas, reforçando a importância da linguagem agradável e das reações positivas em relação às eliminações (Barros, 2004; Vermandel, Kampen, et al., 2008).

Outro aspeto que pode gerar confusão nos pais, uma vez que entre os vídeos online as sugestões dividem-se, relaciona-se com a recomendação de permitir ou não que a criança evacue na fralda. Embora os pais não reconheçam nisso um problema, os profissionais de saúde podem certificar-se se a criança apresenta sinais de resistência à evacuação apropriada, tornando o treino mais demorado e suscetível às complicações já referidas (Klassen et al., 2006; Taubman, 1997). Importa esclarecer os pais sobre o que pode motivar determinadas dificuldades no treino e orientá-los numa estratégia que beneficie a criança e a família no sucesso desta tarefa.

Os vídeos realizados em espaço próprio pelos profissionais apresentam geralmente a informação de forma mais organizada e completa do que nos vídeos em contexto de entrevista televisiva. Os profissionais de todas as nacionalidades recomendam tendencialmente a que os pais tenham paciência e uma atitude positiva face ao treino, reforçando que devem evitar quaisquer práticas punitivas. Os vídeos em Português de Portugal, que também em menor número, apenas sugerem um único método, progressivo e centrado na criança, limitam-se a indicar um método orientado para a criança, enquanto nos outros idiomas os pais podem aceder a metodologias diferentes. A maioria dos vídeos de homeopatas, à semelhança dos vídeos de psicólogos, apresentam informação sobre o desenvolvimento infantil e a linguagem a usar na comunicação com a criança, enfatizando os riscos psicológicos por eventuais problemas do treino. Nos vídeos em Inglês os pais acedem a sugestões mais objetivas de estratégias de reforço positivo do que em Português. Os vídeos em Inglês abordam com menor frequência quer os problemas de saúde associados ao treino, sobretudo entre os pediatras, quer as referências a que outros cuidadores possam conduzir o treino, para além dos pais. Estas últimas diferenças podem traduzir as influências culturais e políticas de apoio à parentalidade dos vários países.

Limitações

Os resultados deste estudo devem ser considerados tendo em conta as suas limitações. A informação sobre saúde veiculada por vídeos online está em constante transformação. Como existem novos vídeos e aplicações a ser continuamente publicados, a caracterização dos vídeos apresentada diz respeito à data em que estes foram recolhidos e pode ficar desatualizada

rapidamente. Para além disso, as pesquisas na Internet são afetadas por algoritmos baseados no comportamento prévio dos utilizadores, mesmo quando tomados cuidados com a intenção de reduzir o efeito de uma “isolada bolha de informação” (Farkas et al., 2015).

Apesar das limitações, esta análise permitiu identificar que a Internet é uma fonte importante de informações de profissionais sobre o treino do controlo dos esfíncteres para pais de crianças com um desenvolvimento normativo, tornando-se cada vez mais relevante compreender o seu valor na educação para a saúde, disseminando por este meio informação que suporte os pais e as pessoas no geral.

Conclusão

De uma forma geral, a larga maioria das crianças acaba por adquirir o controlo dos esfíncteres e a autonomia nas suas funções fisiológicas, independentemente das particularidades do treino a que é sujeita. Contudo, uma prevalência 5 a 10% de enurese e cerca de 1% de encoprese aos 5 anos de idade, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013), revela a importância do estudo deste tema.

Devido à disseminação de recursos online e à confiança que os pais lhes atribuem, torna-se necessário entender o valor das fontes disponíveis. Esta confiança parece depender principalmente da organização que publicou a informação na Internet, sendo que os pais deixam para segundo plano uma avaliação mais subjetiva da informação, e.g. a familiaridade dos conceitos num determinado assunto (Suarez et al., 2016). Um especialista confiável e carismático parece ter, pelos menos nos EUA, muita influência na aceitação de instruções específicas por parte de pais de diferentes grupos socioeconómicos (Wu, 2013). Desconhecem-se estudos que tenham avaliado a efetividade de vídeos publicados online com o propósito de informar e ensinar os pais de crianças saudáveis sobre a ACE. Assim, mostra-se necessário que investigações futuras se dediquem a compreender que aspetos destes vídeos favorecem a transmissão e a aceitação da informação veiculada por este meio. Entre estes aspetos está a duração ideal dos vídeos e os componentes críticos envolvidos na adoção e na modificação de comportamentos (Farkas et al., 2015).

Seria interessante perceber que conhecimentos são partilhados pelos pais na Internet e em que medida se aproximam das indicações dadas por profissionais de saúde, uma vez que os pais parecem preferir testemunhos de experiências reais a conteúdos de profissionais (Porter

& Ispa, 2013). Os próprios profissionais podem utilizar estes média para consultar informação e serem influenciados por conhecimentos e práticas veiculados por pares. Ao mesmo tempo pode despertar nos profissionais maior consciência dos conhecimentos, das dúvidas e expectativas que os pais que habitualmente consultam a Internet podem ter, possibilitando uma resposta profissional mais ajustada à criança e à família.

Os fatores culturais e económicos das famílias são importantes nas crenças dos pais associadas à educação e ao cuidado das crianças (Horn et al., 2006; Vermandel, Kampen, et al., 2008). Com efeito, esta fase do desenvolvimento pode envolver experiências e emoções negativas com consequências para as crianças e para as famílias (Christophersen & VanScoyoc, 2008). As regras impostas pelas creches e jardins de infância, o nível de educação parental, a carga laboral das mães e das famílias, o preço das fraldas descartáveis e as influências culturais e étnicas são apontados como alguns fatores preponderantes nas decisões parentais em relação à ACE. Isto oferece desafios aos profissionais de saúde e de educação quando auxiliam os pais na identificação de estratégias e no reconhecimento de problemas relacionados com o treino, na tentativa de equilibrar o sucesso no desenvolvimento infantil com as características idiossincráticas e exigências das famílias (Schum et al., 2001). Cabe especialmente aos psicólogos contemplar os estilos e práticas parentais, a relação entre pais e filhos e os comportamentos específicos desta aprendizagem para agregar recomendações objetivas que guiem os profissionais de saúde nas orientações mais adequadas a transmitir aos pais. Preferencialmente, as sugestões devem ser ajustadas a crenças e expectativas de mães e pais em relação ao processo, em termos de duração e envolvimento parental, e considerando o sexo ou o temperamento da criança (American Academy of Pediatrics, 1999a; Barros, 2004; Choby & George, 2008; Klassen et al., 2006; Schum et al., 2001).

Esta era de mobilidade socioeconómica, globalização e importantes avanços tecnológicos coloca os pais perante novas perspetivas sobre a educação de crianças pequenas, de práticas de vários locais do mundo que diferem das tradicionais práticas dos pais mais ocidentais ou europeus (Porter & Ispa, 2013). Com o forte impacto ambiental que o uso prolongado de fraldas descartáveis provoca, e num tempo em que as preocupações ecológicas e económicas dominam o mundo e o contexto da saúde, é de esperar que a comunidade científica dedique uma reflexão a este tema e que encontre consensos quanto a estratégias *ótimas e universais* para a ACE (Van Nunen et al., 2015). É necessário compreender se as instruções para seguir uma abordagem orientada por um conjunto de sinais de prontidão é realmente benéfica para a criança, uma vez que o treino tem sido progressivamente adiado

pelos pais nos últimos anos, assim como definir que métodos e práticas comportamentais são eficazes ou contraproducentes, identificando sinais que podem refletir o desenvolvimento de problemas durante esta aquisição (E. Bakker & Wyndaele, 2000; Luxem & Christophersen, 1994).

Os métodos de treino com início precoce começam a ser divulgados em países ocidentais, embora a investigação sobre a sua eficácia seja muito reduzida, evidenciando a importância de estudos que comparem diretamente os diferentes métodos, as suas potencialidades e desvantagens e as suas convergências e divergências, para que se esclareça se o treino prematuro se confirma ser potencialmente problemático (Kaerts et al., 2012). Assim, o apoio de profissionais de saúde aos pais pode ser melhorado, uma vez que por este meio de comunicação são veiculadas informações contraditórias e que geram confusão e stress nas famílias (Porter & Ispa, 2013). É importante que os profissionais de saúde produzam ou recomendem vídeos online que contemplem métodos e estratégias baseados em evidência, permitindo orientar os pais para a visualização de conteúdos com maior rigor científico.

Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. (1999a). Toilet Training Guidelines: Parents—The Role of the Parents in Toilet Training. *Pediatrics*, 103, 1362. Retrieved from http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/103/Supplement_3/1362.full.pdf
- American Academy of Pediatrics. (1999b). Toilet Training Guidelines: The Role of the Clinician in Toilet Training. *Pediatrics*, 103(6), 1364–1366.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-14644388070&partnerID=tZOtx3y1>
- Azrin, N. H., & Foxx, R. M. (1974). *Toilet training in less than a day*. New York: Simon & Shuster.
- Bakker, E., Van Gool, J. D., van Sprundel, M., Van Der Auwera, J. C., & Wyndaele, J. J. (2002). Results of a questionnaire evaluating the effects of different methods of potty-training on achieving bladder control. *BJU International*, 90, 456–461.
- Bakker, E., & Wyndaele, J. J. (2000). Changes in the toilet training of children during the last 60 years: The cause of an increase in lower urinary tract dysfunction? *BJU International*, 86(3), 248–252. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2000.00737.x>
- Bakker, W., Wyndaele, J. J., & van Sprundel, M. (2002). *Research into the influence of potty-training on lower urinary tract*. University of Antwerp.
- Bakker, van Gool, J., & Wyndaele, E. (2001). Results of a Questionnaire Evaluating Different Aspects of Personal and Familial Situation, and the Methods of Potty-training in Two Groups of Children with a Different Outcome of Bladder Control. *Scandinavian*

Journal of Urology and Nephrology, 35(5), 370–376.

<https://doi.org/10.1080/003655901753224422>

Barros, L. (2004). *Perturbações da eliminação na infância e na adolescência*. Climepsi Editores.

Bernhardt, J. M., & Felter, E. M. (2004). Online pediatric information seeking among mothers of young children: results from a qualitative study using focus groups. *Journal of Medical Internet Research*, 6(1), e7. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.1.e7>

Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2003). Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: A prospective study. *Pediatrics*, 111(4), 810–814. <https://doi.org/10.1542/peds.111.4.810>

Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2004). Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. *Journal of Pediatrics*, 145(1), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.02.022>

Brazelton, T. B. (1962). A child-oriented approach for toilet training. *Pediatrics*, 29(1).

Brazelton, T. B., Christophersen, E. R., Frauman, A. C., Gorski, P. A., Poole, J. M., Stadtler, A. C., & Wright, C. L. (1999). Instruction, Timeliness, and Medical Influences Affecting Toilet Training. *Pediatrics*, 103(Supplement 3), 1353–1358. Retrieved from /content/103/Supplement_3/1353.full.html

Campbell, D. (2013). Toilet Training, 3128–3131. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_197

ChitikaInc. (2013). Chitika Insights The Value of Google Result Positioning. Retrieved July 21, 2017, from www.chitika.com

Choby, B. A., & George, S. (2008). Toilet Training. *American Academy of Family Physicians*, 78(9), 1059–1064. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_197

Christophersen, E. R. (2003). The case for evidence-based toilet training. *Archives of*

Pediatrics & Adolescent Medicine, 157, 1153–1154.

<https://doi.org/10.1001/archpedi.157.12.1153>

Christophersen, E. R., & VanScoyoc, S. (2008). Toilet Training and Toileting Problems : How Do We Advise Parents ? *AAP Section on Developmental and Behavioral Pediatrics Newsletter, Fall 2008*, pp. 7–10. Retrieved from

<https://www.researchgate.net/publication/237273342%0AToilet>

Colaco, M., Johnson, K., Schneider, D., & Barone, J. (2013). Toilet training method is not related to dysfunctional voiding. *Clinical Pediatrics*, 52(1), 49–53.

<https://doi.org/10.1177/0009922812464042>

Colquhoun, H. L., Levac, D., O'brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., ...

Kastner, M. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods and reporting Scoping reviews: Time for clarity in definition How to cite TSpace items.

Journal of Clinical Epidemiology, 67, 1292–94.

<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>

de Vries, M. W., & de Vries, M. R. (1977). Cultural relativity of toilet training readiness: A perspective from East Africa. *Pediatrics*, 60, 170–177.

Eysenbach, G., & Kohler, C. (2003). What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. *AMIA Symposium Proceedings*, 225–229. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14728167>

Farkas, C., Solodiuk, L., Taddio, A., Franck, L., Berberich, F. R., LoChiatto, J., & Solodiuk, J. C. (2015). Publicly Available Online Educational Videos Regarding Pediatric Needle Pain: A Scoping Review. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 591–598.

<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000197>

Foxx, R. M., & Azrin, N. H. (1973). Dry pants: A rapid method of toilet training children.

- Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 435–442. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90102-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90102-2)
- Greer, B. D., Neidert, P. L., Dozier, C. L., Reed, D. D., Christophersen, E. R., & Thompson, B. (2013). *An Evaluation of Toilet-Training Procedures*. University of Kansas.
- Horn, I. B., Brenner, R., Rao, M., & Cheng, T. L. (2006). Beliefs about the appropriate age for initiating toilet training: Are there racial and socioeconomic differences? *Journal of Pediatrics*, 149(2), 165–168. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.03.004>
- Jordan, G. J. (2014). Elimination communication as colic therapy. *Medical Hypotheses*, 83(3), 282–285. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2014.05.018>
- Kaerts, N., Van Hal, G., Vermandel, A., & Wyndaele, J. J. (2012). Readiness signs used to define the proper moment to start toilet training: A review of the literature. *Neurourology and Urodynamics*, 31(4), 437–440. <https://doi.org/10.1002/nau.21211>
- Kiddoo, D. A. (2012). Toilet Training: when to start and how to train. *Canadian Medical Association Journal*, 184(5), 511–513. <https://doi.org/10.1002/nau.20982>.
- Klassen, T. P., Kiddoo, D., Lang, M. E., Friesen, C., Russell, K., Spooner, C., & Vandermeer, B. (2006). The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. *Evidence Report/technology Assessment*, (147), 1–57. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764212>
- Lang, M. E., & Thomson, D. (2008). Among healthy children, what toilet-training strategy is most effective and prevents fewer adverse events (stool withholding and dysfunctional voiding)? Part B: Clinical commentary. *Paediatrics and Child Health*, 13(3), 203–204.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Luxem, M., & Christophersen, E. (1994). Behavioral toilet training in early childhood:

research, practice, and implications. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.

- Mota, D. M., Barros, A. J. D., Matijasevich, A., & Santos, I. S. (2010). Longitudinal study of sphincter control in a cohort of Brazilian children. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 86(5), 429–434. <https://doi.org/10.2223/JPED.2028>
- Myhre, S. (2012). Using the CRAAP Test to Evaluate Websites. University of Hawaii System.
- Neves, A. J., & Calais, S. L. (2012). Efeitos do Manejo Comportamental de Incontinência Fecal em Adolescente. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 32(3), 754–767. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a18.pdf>
- Nieuwboer, C. C., Fukkink, R. ., & Hermanns, J. M. A. (2013). Peer and professional parenting support on the Internet: A systematic review. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(7), 518–528. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0547>
- Olson, L. M., Inkelas, M., Halfon, N., Schuster, M. A., O 'Connor, K. G., & Mistry, R. (2004). Overview of the Content of Health Supervision for Young Children: Reports From Parents and Pediatricians. *Pediatrics*, 113(6), 1907–1916. Retrieved from http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/Supplement_5/1907.full.pdf
- Pereira, Â., Gonçalves, J.-P., Oliveira, Â., Abreu, L., Alves, M. C., Braga, A., & Martins, S. (2015). Treino do bacio: estudo observacional numa amostra de crianças saudáveis entre os 18 e os 42 meses / Toilet training: an observational study in a sample of healthy children between 18 and 42 months old. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 31(2), 105–115. Retrieved from <https://ezp.lib.unimelb.edu.au/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S2182.51732015000200005&site=eds-live&scope=site>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B.

- (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146.
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Plantin, L., & Daneback, K. (2009). Parenthood, information and support on the internet. A literature review of research on parents and professionals online. *BMC Family Practice*, 10(34), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-34>
- Porter, N., & Ispa, J. M. (2013). Mothers' online message board questions about parenting infants and toddlers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 559–568.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06030.x>
- Rothbaum, F., Martland, N., & Jannsen, J. B. (2008). Parents' reliance on the Web to find information about children and families: Socio-economic differences in use, skills and satisfaction. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(2), 118–128.
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2007.12.002>
- Schön, R., & Silvén, M. (2007). Natural parenting: Back to basics in infant care. *Evolutionary Psychology*, 5(1), 102–183. <https://doi.org/10.1016/j.surfcoat.2010.02.024>
- Schum, T. R., Kolb, T. M., McAuliffe, T. L., Simms, M. D., Underhill, R. L., & Lewis, M. (2002). Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics*, 109(3), E48.
<https://doi.org/10.1542/peds.109.3.e48>
- Schum, T. R., McAuliffe, T. L., Simms, M. D., Walter, J. a, Lewis, M., & Pupp, R. (2001). Factors associated with toilet training in the 1990s. *Ambulatory Pediatrics : The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 1(2), 79–86.
[https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2001\)001<0079:FAWTTI>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2001)001<0079:FAWTTI>2.0.CO;2)
- Suarez, A., Rodrigo, M. J., & Muneton, M. (2016). Parental activities seeking online parenting support : Is there a digital skill divide ? *Revista de Cercetare Si Interventie*

Sociala, 54, 36–54.

- Tarhan, H., Cakmak, O., Ekin, G., & Aksu, N. (2015). Toilet training age and influencing factors: A multicenter study. *Turkish Journal of Pediatrics*, 57(2), 172–176.
- Taubman, B. (1997). Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. *Pediatrics*, 99(1), 54–58. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1542/peds.99.1.54>
- van der Gugten, A. C., de Leeuw, R. J. R. J., Verheij, T. J. M., van der Ent, C. K., & Kars, M. C. (2016). E-health and health care behaviour of parents of young children: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(2), 135–42. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1160627>
- Van Nunen, K., Kaerts, N., Wyndaele, J. J., Vermandel, A., & Hal, G. Van. (2015). Parents' views on toilet training (TT): A quantitative study to identify the beliefs and attitudes of parents concerning TT. *Journal of Child Health Care*, 19(2), 265–74. <https://doi.org/10.1177/1367493513508232>
- Vermandel, A., Kampen, M. Van, Gorp, C. Van, & Wyndaele, J. (2008). How to Toilet Train Healthy Children ? A Review of the Literature. *Neurourology and Urodynamics*, 166(27), 162–166. <https://doi.org/10.1002/nau>
- Vermandel, A., Weyler, J., De Wachter, S., & Wyndaele, J.-J. (2008). Toilet training of healthy young toddlers: a randomized trial between a daytime wetting alarm and timed potty training. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 29(3), 191–6. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31816c433a>
- Walsh, A. M., Hamilton, K., White, K. M., & Hyde, M. K. (2015). Use of online health information to manage children's health care: a prospective study investigating parental decisions. *BMC Health Services Research*, 15, 131. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0793-4>
- Wang, L., Wang, J., Wang, M., Li, Y., Liang, Y., & Xu, D. (2012). Using Internet search

engines to obtain medical information: a comparative study. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e74. <https://doi.org/10.2196/jmir.1943>

Wu, H. Y. (2013). Can evidence-based medicine change toilet-training practice? *Arab Journal of Urology*, 11(1), 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2012.11.001>

Anexos

Anexo I. Vídeos selecionados para análise qualitativa

Título	Autor	Data	Visualizações	Duração (s)	Website
Técnicas para os bebés deixarem as fraldas - Pediatra Dra Vânia Mesquita Machado	Minuto Saúde	12/06/2015	65	269	https://www.youtube.com/watch?v=_kYGYNBBgMM
Quando e como se inicia o treino do bacio?	universobebe	19/01/2011	1172	64	https://www.youtube.com/watch?v=nusDANbtY2k
Quando Largar as Fraldas	Psicóloga Regina Borges	10/04/2016	170	248	https://www.youtube.com/watch?v=5qNbvDoTXRk
Desfralde - parte 01	DoutorMoises	24/07/2017	1698	585	https://www.youtube.com/results?search_query=_RV4uCypUes
Desfralde - parte 02	DoutorMoises	07/08/2017	542	468	https://www.youtube.com/results?search_query=+s8dSdISjELQ
Método de desfralde é contestado por pediatras	Fala Brasil	11/07/2017	135	149	https://www.youtube.com/watch?v=2OTv8kenuh0
7 DICAS PARA O DESFRALDE	Pediatriaonline TV	19/12/2016	4002	448	https://www.youtube.com/watch?v=O02O3evgro4
TV DR. MOISES - Quando é uma boa hora para retirar a fralda?	DoutorMoises	27/05/2014	3577	125	https://www.youtube.com/watch?v=VT__K0QhCig
Desfralde noturno - Dicas de especialistas	Dra. June Arantes - Conversa Sobre Filhos	19/07/2016	1222	225	https://www.youtube.com/results?search_query=39yfcmbvdUk
Desfralde - Como desfraldar sem trauma	Dra. June Arantes - Conversa Sobre Filhos	11/03/2016	28033	798	https://www.youtube.com/watch?v=BRQhWW7OnDo&t=396s

Viva com Saúde - 022 - A hora certa de tirar as fraldas	TV Êxito	02/09/2013	171	364	https://www.youtube.com/watch?v=e3NuMvziSgE
Tirar a Fralda Conversa com Criança Psicóloga Infantil Daniella Freixo de Faria	Daniella F de Faria	25/02/2014	81623	704	https://www.youtube.com/watch?v=EGzq9rPEOs4
PEDIATRA DÁ DICAS PARA TIRAR A CRIANÇA DAS FRALDAS VER MAIS 17 10 12	Ver Mais Maringá	18/10/2012	23768	589	https://www.youtube.com/results?search_query=F08eYpSePpw
Quando a criança está pronta para o desfralde	Espaço Crescer Psicologia	07/04/2016	520	271	https://www.youtube.com/watch?v=G4qgKdkGYI0
Controle de esfínteres	SPRS	11/08/2016	840	231	https://www.youtube.com/watch?v=Fbcg9EjhYPA
Fase anal do desenvolvimento Emocional Infantil	Liria Helena Littig - Psicopedagogia e Psicanálise	17/03/2017	436	460	https://www.youtube.com/watch?v=TfJHPqQFOdY
Dicas da Dra Ana Escobar - Desfraldar seu bebê	Dra Ana Escobar	29/01/2015	2539	96	https://www.youtube.com/watch?v=V_WaIxYdbzk
Desfralde: como iniciar esse processo - Criar e Crescer	Criar e Crescer	08/06/2016	31611	209	https://www.youtube.com/watch?v=PDulwJw0tb0&t=30s
DIFICULDADE NO DESFRALDE	Criar e Crescer	26/04/2017	3087	320	https://www.youtube.com/watch?v=T77qHIo0tA4
Pediatra de Plantão: Desfralde sem stress	itmae	07/04/2015	4135	89	https://www.youtube.com/watch?v=OmhJC6g3nP0&t=3s
Desfralde – O que Fazer?	Doutor Kids	23/06/2016	713	238	https://www.youtube.com/watch?v=IW Af8KKL_TM
Dicas para tirar a fralda	Começar Saudável	14/04/2015	1488	88	https://www.youtube.com/watch?v=ONkCVVqjgUc

A Retirada da Fralda - Controle de Esfíncteres	Coleção Espaço Psicoterapêutico	16/12/2014	192	101	https://www.youtube.com/watch?v=nI4lQpdO1R0
COMO ELIMINAR O USO DA FRALDA	Belmiro d'Arce – Médico	01/06/2015	124	262	https://www.youtube.com/watch?v=adwbVnkHLA0
Hora de Tirar as Fraldas De Pais Para Filho Psicóloga Yrea Leme da Silva	De Pais para Filho	09/02/2015	763	1032	https://www.youtube.com/watch?v=1QXNqKiC1T0
Programa Fala Brasil (Rede Record) - Retirada das fraldas - 09/07/11 *	Pediatria Hoje	12/07/2011	15065	135	https://www.youtube.com/watch?v=xg6ukwsM3U8
Desfralde sem Traumas!	Dra. Alessandra Pediatra / PEDIATRIA EM GOTAS	21/07/2017	75	377	https://www.youtube.com/watch?v=n7RLxwUsjdM
Desfralde	Canal Estação	08/12/2015	88	1045	https://www.youtube.com/watch?v=OoPYL8Pk15o
Manhã Leve Pediatra fala sobre o momento certo para desfraldar o bebê - 18 de Julho de 2017 *	TV Aparecida	18/07/2017	391	597	https://www.youtube.com/watch?v=qZtmDPg08yY
DANIEL BECKER RESPONDE - DESFRALDE NOTURNO - CRIAR E CRESCER	Criar e Crescer	05/10/2016	1396	132	https://www.youtube.com/watch?v=wyyPKtwssKc
José Eduardo Gomes de Miranda - Pediatra	Jornal Cruzeiro do Sul	28/01/2014	145	1872	https://www.youtube.com/watch?v=nJgjfwnl-jM
Fala ES - Saiba a hora certa de desfraldar o seu bebê	Fala Espírito Santo	12/08/2013	1358	507	https://www.youtube.com/watch?v=XSb0UVaVfeY

PEDIATRIA - Como desfraldo meu bebê?	DoutorMoises	15/08/2011	14090	718	https://www.youtube.com/watch?v=opNBgx5T77k
Toilet Training (Pediatrics)	Med Twice	19/10/2012	383	186	https://www.youtube.com/watch?v=1ExPeppQxE8
Pediatric Associates Potty Training and Bed Wetting 101 Ask a Pediatrician	pediatricassociates	28/01/2013	629	120	https://www.youtube.com/watch?v=FQWybNt11ds
How To Know When To Potty Train A Stubborn Child	Premier Pediatrics	24/06/2014	1106	94	https://www.youtube.com/watch?v=HU6A1kJE2H0
Toilet Training	wmpeds	17/07/2009	629	270	https://www.youtube.com/watch?v=yrDTN65rZw0
Toilet Training Your Child - Boys Town Center for Behavioral Health	BoysTownHospital	12/12/2014	723	171	https://www.youtube.com/watch?v=pDZRichlvrk
Dr. Pete on Potty Training Girls vs. Boys	Northern Westchester Hospital	06/12/2013	296	91	https://www.youtube.com/watch?v=t-RsKcFMX-k
Ask Dr. Mike "Potty Training"	Warrenton Pediatrics	01/04/2014	247	329	https://www.youtube.com/watch?v=gMsRxrJNygw
Toilet Training (Potty Training)	Lighthouse Pediatrics	04/07/2015	40	87	https://www.youtube.com/watch?v=20Yvz35dbQU
Potty Training	MultiCare Health System	21/04/2015	109	333	https://www.youtube.com/watch?v=cm4rHU7JW4w
Toilet training for toddlers	TenaflyPediatrics	19/10/2011	7028	457	https://www.youtube.com/watch?v=es82jKwB0Ok&t=35s
Toilet Training Basics from Brenner Children's Hospital	Wake Forest Baptist Health	14/01/2011	330	111	https://www.youtube.com/watch?v=bpv2S4gt5GU
Potty Training 411: Rachael Ray & Dr. Ari Brown	Dr Ari Brown	22/11/2011	1304	94	https://www.youtube.com/watch?v=NsEOzeN89zw

Potty Training: Dr. Elizabeth Swider	NorthShore University HealthSystem	03/09/2013	181	57	https://www.youtube.com/watch?v=M2yg5dxe_hI
Classic Dr. Phil - Potty Training!	The Dr. Phil Show	13/07/2009	108272	77	https://www.youtube.com/watch?v=CVcady5-uIU
Potty Training in 3 Days?	The Doctors	06/04/2016	882	68	https://www.youtube.com/watch?v=qFL--E3rhoA
Dr Jim Sears Potty Training Tips for Working Moms	RNK Innovations	07/08/2009	20671	108	https://www.youtube.com/watch?v=yLeqF5RXdAM&t=12s
Potty Training	Children's Health	13/06/2008	6447	210	https://www.youtube.com/watch?v=In93C4uK5xc
Potty Training	Children's Physicians Medical Group	18/11/2013	196	171	https://www.youtube.com/watch?v=5x9OSrBY-KE
China's Potty Training Secret Medical Course	Abiezer Abigail	18/12/2013	576	146	https://www.youtube.com/watch?v=jBgR5WSWyUE&t=23s
Dr. Keating presents Potty Training 101	FHChildrenWebinars	07/03/2013	249	1049	https://www.youtube.com/watch?v=2fIGo2jnwJ8
Toilet Training - Dr Kirthi Vidyasagar	OVUM Parents	30/07/2015	278	230	https://www.youtube.com/watch?v=FyO0Bjj1Wso
Toddler How To Potty Train StreamingWell.com	streamingwell	29/03/2012	180	66	https://www.youtube.com/watch?v=yFpio0rZSFo
Dr. Jen Trachtenberg: Potty Training	BabyChat TV	24/11/2014	16	21	https://www.youtube.com/watch?v=99d-9cYezNQ
Dr. Sears' Potty Training Tips	The Doctors			220	http://www.thedoctors.tv/videos/dr-sears-potty-training-tips
Potty Training - Kid's Health Videos - DrTummy .Com	Michael Davis	02/05/2008	882	177	https://www.youtube.com/watch?v=y2Vnd-noSiE
Potty Training	James Coffey	18/09/2013	186	1800	https://www.youtube.com/watch?v=iU9hgGGMos

Dr Janet Hall - Easy Toilet Training Part 1	Janet Hall	19/05/2010	1159	216	https://www.youtube.com/watch?v=Gu0ZpCDkTzs
When should we start potty training? (18 to 30 months)	HealthUnlocked	17/08/2017		120	http://www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/potty-training-tips.aspx
Potty training in 10 steps	BabyCenter Medical Advisory Board			430	https://www.babycenter.com/2_potty-training-in-10-steps_10385130.bc
Signs your child is ready for potty training: video	BabyCenter Medical Advisory Board	31/05/2014		329	https://www.babycenter.ca/v25009671/signs-your-child-is-ready-for-potty-training-video

Anexo 2. Número de visualizações e duração dos vídeos analisados.

